العلاج بالفن للأطفال ذوي اضطراب التوحد

إعداد

محمد عاطف الجمال

ماجستير صحة نفسية

... فى هذا الكتاب ...

يحاول الباحث في هذا الكتاب إلقاء الضوء على المفاهيم الأساسية والتعرف على الجوانب المرتبطة بها ، لكي يكون أساساً نفسياً وتربوياً تنطلق منه لبناء البرنامج العلاجي الذي ستقدمه في هذه الدراسة ، والذي يهدف إلى تخفيف المتلازمات الحركية واللفظية للأطفال التوحديون وذلك باستخدام برنامج للعلاج بالفن ، ومن المفاهيم التي يتم تناولها في هذا الفصل هو مفهوم الأطفال التوحديون، مفهوم العلاج بالفن ، مفهوم المتلازمات الحركية واللفظية.

إن الفن برموزه التشكيلية يدعم خبرات الأطفال وينمي ملكات الابتكار لديهم ويرتقي بوجدانهم وأحاسيسهم ؛ لذلك اهتم الباحثون برسوم الأطفال منذ زمن طويل وتم تصنيف رسوم الأطفال حسب أعمارهم الزمنية والخصائص الفنية.

ففي الآونة الأخيرة ، بدأ البحث عن وسائل تساعد على تطوير أنواع وأساليب العلاج السائدة في مجال الاضطرابات النمائية والعقلية ، حتى لا يقتصر العلاج على الوسائل الكيميائية والسلوكية.

من هذه الوسائل العلاج بالفن بوصفه مادة علاجية وتأهيلية ولم يعد العلاج بالفن قاصراً على المرضى النفسيين والعقليين وذوي الاضطرابات السلوكية. وإنما تهتم الدول المتقدمة بالفن بوصفه مادة علاجية وتأهيلية مع الفئات الخاصة لما للفن التشكيلي بجميع مجالاته التطبيقية (الرسم والتشكيل الفني) من فوائد علاجية تأهيلية لها تأثيرها على النواحي الانفعالية والسلوكية.

فهرس الموضوعات

الفصل الأول

التوحد.

- تعريف التوحد.
- نسبة انتشار اضطراب التوحد.
- تشخيص اضطراب التوحد والتشخيص الفارق
- أسباب اضطراب التوحد.
- خصائص وسمات الأطفال التوحديون.
- البرامج العلاجية.
- المتلازمات الحركية واللفظية عند الأطفال التوحديون.
- دراسات تناولت اضطراب التوحد عند الأطفال.

الفصل الأول
التوحد

تقديم :

يحاول الباحث في هذا الفصل إلقاء الضوء على المفاهيم الأساسية في الدراسة الحالية والتعرف على الجوانب المرتبطة بها ، لكي يكون أساساً نفسياً وتربوياً تنطلق منه لبناء البرنامج العلاجي الذي ستقدمه في هذه الدراسة ، والذي يهدف إلى تخفيف المتلازمات الحركية واللفظية للأطفال التوحديون وذلك باستخدام برنامج للعلاج بالفن ، ومن المفاهيم التي يتم تناولها في هذا الفصل هو مفهوم الأطفال التوحديون، مفهوم العلاج بالفن ، مفهوم المتلازمات الحركية واللفظية.

١-١- تعريف التوحد :

لقد اشتق مصطلح الأوتيزم – في الأصل – من كلمة إغريقية هي Autos ، وهي تعني النفس أو الذات ، حيث أصبح هذا المعنى المنطلق الذي يعرف هذا المصطلح عن طريقه.

وكلمة أوتيزم كلمة مركبة من كلمتين لاتينيتين aut والتي تعني الذات و Ism والتي تدل على التوجه أو الحالة ، وطبقاً للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية الطبعة الرابعة (DSM - IV) فإن التوحد يشير إلى اضطراب يظهر فيه الأفراد الخصائص التالية : جوانب النقص والإعاقات في التفاعل الاجتماعي ، ومشكلات التواصل ، الأنشطة والاهتمامات التكرارية والنمطية والمقيدة. واضطراب التوحد مصطلح عام يستخدم ليشير إلى الاضطرابات النمائية الشائعة ، والدليل الإحصائي والتشخيص للاضطرابات العقلية (DSM – IV , TR2000) يعرف الاضطرابات النمائية الشائعة على أنها توجد في خمسة أنواع فرعية ، وكل هذه الاضطرابات يتم تشخيصها عن طريق الإعاقات النوعية في التواصل اللفظي وغير اللفظي ، والسلوكيات التكرارية والمقيدة (Lvey et al , 2004 : 166).

ويعرف جابر عبد الحميد وعلاء الدين كفافي (١٩٨٨ : ٣١٥ – ٣١٦) أن التوحد يعني انسحاب الفرد من الواقع إلى عالم خاص به من الخيالات والأفكار وفي الحالات المتطرفة توهان وهلوسات وقد اعتقد ذات مرة أن إعاقة التوحد هي الخاصية الأولى للفصام ولكنها تلاحظ الآن في اضطرابات أخرى مثل ذهان الشيخوخة وفي زملة كانر Kanner syndrome (اجترارية طفلية مبكرة). والشخص التوحدى ذو شخصية مغلقة Shut in وهو ملتفت إلى داخله ومنشغل انشغالاً كاملاً بحاجاته ورغباته التي يتم إشباعها كلية إلى حد كبير في الخيال ، أما إذا كنا نتحدث عن الطفل فإنه يقصد به الطفل الذي فقد الاتصال بالآخرين أو لم يحقق هذا الاتصال قط ، وهو منسحب تماماً ومنشغل انشغالاً كاملاً بخيالاته وأفكاره وبالأنماط السلوكية المقولبة ، كبرم الأشياء أو لفها والهزهزة بالإضافة إلى اللامبالاة تجاه الوالدين والآخرين ، ومقاومة التغيير ، وعيوب في النطق.

يعرف عبد العزيز الشخص وعبد القادر الدماطي (١٩٩٢ : ٥٢-٥٣) على انة هو اضطراب شديد في عملية التواصل والسلوك يصيب الأطفال في مرحلة الطفولة المبكرة (ما بين ٣٠-٤٢ شهراً) ويؤثر في سلوكهم ، حيث نجد معظم هؤلاء الأطفال يفتقرون إلى الكلام المفهوم ذي المعنى الواضح كما يتصفون بالانطواء ، وعدم الاهتمام بالآخرين ، وتبلد المشاعر ، وقد ينصرف اهتمامهم أحياناً إلى الحيوانات أو الأشياء غير الإنسانية ويلتصقون بها.

وعرفه (Gilberg) (١٩٩٢ : ٣٨٦) على أنه أزمة سلوكية تنتج عن أسباب متعددة ومصحوبة في الغالب بنسبة ذكاء منخفض وتتسم بنقص في التواصل الاجتماعي و ضعف فى الاتصال.

وعرفته الجمعية الأمريكية لتصنيف الأمراض العقلية (DSM – Iv , 1994) على ان الاضطراب التوحدي هو فقدان القدرة على التحسن في النمو مؤثراً بذلك على الاتصالات اللفظية وغير اللفظية والتفاعل الاجتماعي وهو عادة يظهر في سن ثلاث سنوات والذي يؤثر بدوره على الأداء في التعليم وفي بعض الحالات التوحدية تكون مرتبطة بتكرار آلي لمقاطع معينة من خدمات محددة ، ويظهر هؤلاء مقاومة شديدة لأي تغيير أو تغير في الروتين اليومي وكذلك يظهرون ردود أفعال غير طبيعية لأي خبرات جديدة.

وفسر (Osterling) التوحدعلى انة الاضطراب الذي يتضمن قصوراً في النمو اللفظي المصاحب بشذوذ في شكل ومضمون الكلام والترديد الآلي وعدم القدرة على استخدام الضمائر بالإضافة إلى النمطية والإصرار على الطقوس دون توقف مع وجود استجابات تتسم بالعنف إزاء أي تغيير.(Osterling , 1994. 247)

وعرفه المعهد القومي للصحة العقلية (PIMH , 1998) على انة تشويش على العقل الذي يؤثر على قدرة الأطفال على الاتصال ، وإقامة علاقات مع الآخرين وبعض التوحديون قد يكونون متأخرين أو يعانون من تخلف عقلي أو بكم أو لديهم تأخر واضح في النمو اللغوي ،وبعضهم محصورون داخل أنماط سلوكية متكررة ونماذج تفكير جامدة ومشكلات اجتماعية وحسية تؤثر على سلوكهم وقدرتهم على التكيف مع الحياة.

وتعرفه سهى أمين (٢٠٠١ : ٢٠) بأنة نوع من الاضطرابات الارتقائية المعقدة التي تظل متزامنة مع الطفل منذ ظهوره وإلى مدى حياته ، وتؤثر على جميع جوانب الفرد وتبعده عن النمو الطبيعي ويؤثر هذا النوع من الاضطرابات الارتقائية على التواصل سواء كان اللفظي أو غير اللفظي وأيضاً على العلاقات الاجتماعية وعلى أغلب القدرات العقلية لهؤلاء الأفراد التوحديون ، ويظهر في خلال السنوات الأولى من عمر الطفل ويفقده التواصل والاستفادة ممن حوله سواء أشخاص ، أو خبرات أو تجارب يمر بها ، وهذا النوع من الاضطراب لا شفاء منه ولكن قد يتحسن بالتدخل العلاجي المبكر.

ويتفق كل من فتحي عبد الرحيم (١٩٩٠ : ٥٠٥) وعمر بن الخطاب خليل (١٩٩٤ : ص٦٣) في أن مفهوم التوحد يلتف حول مجموعة من المعاني حيث إنه اضطراب واضح في الارتقاء اللغوي مصحوب بأنماط سلوكية نمطية وهو زملة سلوكية تنتج عن أسباب متعددة ، وغالباً ما تكون مصحوبة بنسبة ذكاء منخفضة ، ويتصف هذا الاضطراب بالشذوذ في الاتصال ، مما يجعل الطفل غير قادر على التواصل مع الآخرين ويميل إلى الانسحاب.

وتشير زينب شقير (٢٠٠٥) أن التوحد اضطراب نمائي يظهر عادة في الثلاث سنوات الأولى من عمر الطفل وهو نتيجة لاضطرابات عصبية تؤثر سلباً على الأداء الوظيفي للمخ ، ويمثل ضعفاً شديداً في إقامة أي نوع من العلاقات مع الآخرين في المجتمع وحتى مع الوالدين أو المقربين له وفشلاً في تطور اللغة بشكل طبيعي ويصل لحالة من الانسحاب والانعزال.

وتعرفه كامبل وآخرون Campbell et al (١٩٩١ : ٣٤٤)بأن التوحد هو خلل عضوي عصبي في وظائف المخ وأعراضه تختلف من حيث نوعها وشدتها من طفل إلى آخر تبعاً لنوع ومكان الإصابة.

وعرفه السيد الرفاعي (١٩٩٩ : ٨٧) بأنة أحد مظاهر الاضطرابات الارتقائية وهو يحدث نتيجة مباشرة لاختلال هارمونية الارتقاء والبعد عن المسار الطبيعي ومن أهم علاماته قصور في عملية التواصل والقدرة على استخدام اللغة في التواصل بشقيه اللفظي وغير اللفظي وأيضاً وجود ضروب سلوكية تتسم بالطابع التكراري النمطي ، ويغلب القصور المعرفي على الصورة الإكلينيكية للطفل التوحدى من خلال اضطراب وظائف الإدراك والانتباه والتفكير والتخيل الأمر الذي يجعل أن هناك صعوبات في التوافق مع المتغيرات البيئية من جهة ومع المحيطين به من جهة أخرى.

ويتفق كل من باري وآخرين Barry et al (٢٠٠٣ : ٦٨٥) ، باس وموليك Bass & Mulick (٢٠٠٧ : ٧٢٧) ، أكشوموف Akshoomoff (٢٠٠٦ : ٢٧٤) وريفيس Reavis (٢٠٠٣) أن التوحد ما هو إلا إعاقة في جوانب النمو المختلفة ، حيث يعاني الأطفال ذوو التوحد من إعاقات واضحة في استخدام السلوكيات غير اللفظية المتنوعة ، مثل الاتصال بالعين ، والتعبيرات الوجهية ، والتغيرات البدنية ، والإشارات المستخدمة. كما أنهم يفشلون في مراقبة تأثير سلوكياتهم على الآخرين ، مما يتضح أثره في صعوبة اكتساب المهارات.

ويرى كل من عثمان فراج (١٩٩٤ : ٥٣) ، وبيرسون وآخرون Pearson et al (٢٠٠٦ : ٣٢٨)أن مصطلح التوحد يطلق على إعاقة من إعاقات النمو التي تتميز بقصور في الإدراك والتفكير ونزعة انطوائية انسحابية تقوم بعزل الطفل عن المحيطين به وبذلك يصبح الطفل التوحدى منغلقاً على ذاته ولا يحس بمن حوله من أفراد أو أحداث.

ويتفق كل من هشام الخولي (٢٠٠٤) ، وعادل عبد الله (٢٠٠٣) في أن اضطراب التوحد هو اضطراب نمائي منتشر يؤثر سلباً على العديد من جوانب شخصية الطفل ، ويظهر على هيئة استجابات سلوكية قاصرة وسلبية تدفع التوحدى إلى التقوقع حول نفسه. ويعاني هؤلاء الأطفال التوحديون من اضطرابات سلوكية متعددة تتمثل في نمطية الحركة وأيضاً اضطرابات في اللغة.

ويرى محمد عز الدين (٢٠٠١ : ١٨) أن التوحد يعتبر اضطراباً يرتبط بتطور الدماغ مع وجود بعض الملامح المميزة والخاصة بالإعاقة التواصلية. وبعض الاهتمامات الطقوسية غير القابلة للتغيير. ويعتبر " التوحد " المصنف الرئيسي لمجموعة من الاضطرابات التي يطلق عليها مجتمعه مصطلح الاضطرابات التطورية المنتشرة.

ويوضح تسي وآخرون Tse et al (٢٠٠٧) ، وآبل وآخرون Apple et al (٢٠٠٥ : ٣٣) أن الأطفال التوحديون ذوي النشاط الزائد منبوذون اجتماعياً لعدم قدرتهم على التفاعل مع الأقران ، كما أنهم يكابدون في مساراتهم التكرارية بسبب أدوارهم المقيدة والطقوس النمطية لديهم.

ويرى بيجوت وآخرون Piggot et al (٢٠٠٤ : ٤٧٣) ، وسميث Smith (٢٠٠٧ : ١) أن اضطراب التوحد ذات الأداء المرتفع يشمل التوحد ذا الأداء المرتفع ، وزملة أعراض أسبرجر. ويتم تمييز هذه الحالات عن طريق الوجود أو الغياب الواضح للغة الإنشائية في سن الثلاث سنوات الأولى من عمر الطفل. وهؤلاء الأطفال قد يكون لديهم بعض القدرات المعرفية ، مما يشير إلى إمكانية أن يكون لديهم مستوى ذكاء عادي أو فوق المتوسط.

ويعرف إبراهيم الغنيمي (٢٠١٠ : ١٧) أن اضطراب التوحد هو نوع من الاضطرابات النمائية ، يتم تحديده عن طريق الاضطراب النمائي النوعي وصعوبات التواصل اللفظي وغير اللفظي والقدرات اللغوية التقليدية ، والمعدل المحدود من الاهتمامات والافتقار إلى التماسك وذاكرة الحفظ بتكرار الكلام والمعالجة البصرية الفراغية والمعرفة الاجتماعية والذاكرة التصورية والإدراكية.

ويوضح يوسف القريوطي (١٩٩٥ : ٣١٦) ، وإسماعيل بدر (١٩٩٧ : ٧٣١) في تأكيدهم على المظاهر السلوكية للتوحد أن التوحد اضطراب أو متلازمة تعرف سلوكياً ، وأن مظاهره المرضية الأساسية يجب أن تظهر قبل أن يصل عمر الطفل إلى ثلاثين شهراً ، ويتمثل هذا الاضطراب في سرعة أو تتابع النمو واضطرابات في الاستجابات الحسية واضطراب في سرعة أو تتابع النمو ، واضطرابات في الاستجابات الحسية واضطرابات في اللغة والكلام والسعة المعرفية ، واضطرابات في التعلق أو الانتماء للناس والأحداث والموضوعات مما ينعكس بدوره في ظهور الاضطراب في الجانب الانفعالي والاجتماعي والمعرفي.

ولقد اهتم كل من بارسونز وميتشل Parsons & Mitchell (٢٠٠٢ : ٤٣٠) وإيفي وآخرين Ivey et al (٢٠٠٤ : ١٦٧) بالجانب السلوكي في تعريف التوحد ، حيث رأوا أن التوحد اضطراب تفكيكي Disintegrative يتم تشخيصه على المستوى السلوكي طبقاً لثلاثية الإعاقات في التواصل والمشاركة الاجتماعية والتخيل ، وهذا الاضطراب التفكيكي يتراوح ما بين التوحد الكلاسيكي ذي صعوبات التعلم الحادة على أحد طرفي المتصل وعلى الطرف الآخر يوجد التوحد ذو الأداء المرتفع High Functioning Autism.

ويرى ماكينتوش وديساناياك Macintosh & Dissanayak (٢٠٠٦) أن أطفال التوحد ذوي الأداء المرتفع لديهم قدرات معرفية عالية ، عادة عادية أو فائقة ، فكثير منهم يتعلمون القراءة في سن مبكرة ، ويؤدون المهام المدرسية بصورة جيدة وقد يغفل عن هذه الجوانب المعلمون وكما أن لديهم أداء لغوياً أكثر طبيعة ، لكنهم لا يقدرون على متابعة المحادثة المجردة ، ويعانون في صعوبات أثناء الحديث مع الآخرين وممكن أن يتحدثوا بطريقة هوجائية ، وعادة ما يرتبطون بالكبار أكثر من الأطفال ، ولا يستطيعون قراءة الآخرين (نظرية العقل) ، ولديهم صعوبة في تكوين الأصدقاء والاحتفاظ بهم ، وعادة ما يصبحون مثبتين على اهتمام واحد ويهتمون بالحديث عن هذا الجانب.

ويتفق جريلا وآخرون Grela et al (٢٠٠٦ : ٧٥٣) ، داوسون Dawson et al (٢٠٠٤ : ٢٧١) على أن الأطفال التوحديون لديهم قيود في السلوك ويظهر ذلك في النمط الروتيني المحكم والانشغال بالجزء أكثر من الكل والاهتمامات بأشياء محددة لفترة طويلة والإصرار على الذاتية ، كما أن لديهم جموداً في الروتين حيث يصبحون قلقين عندما يتوقع منهم أن يضمنوا التغيير داخل الروتين ويكون رد فعلهم سلبياً لتغييرات صغيرة في الحدث في بيئتهم ، وردود الأفعال السلبية هذه تحدث على متصل ، ففي أحد نهايات المتصل يحاول الطفل التوحدى أن يعالج الموقف يدوياً لكي يتلاءم داخل الروتين ، أو يظهر انفعاله بسبب التغيير في الروتين ، وفي نهاية الاستجابات الحادة نجد ردود الأفعال الشديدة التي تتسبب في الضغط البدني والسلوك العدواني ومقاومة الطفل هذه تقوده إلى اكتساب مهارات جديدة فتطلب تغيراً في الروتينات الموجودة.

وتوضح أزهار أمين (٢٠٠١ : ٦) أن التوحد من وجهة النظر الطبية واحدة من اضطرابات وظائف المخ ، وهي متلازمة وليست مرضاً ، وتشمل اضطرابات التوحد مجموعة من التصرفات هي الخلل النوعي في العلاقات المتبادلة ، وانحراف في نمو اللغة عن مساره الطبيعي ، والنقص الشديد في النشاطات والاهتمامات ، وهناك بعض الصفات الأخرى منها اختلاف درجات الذكاء بين هؤلاء الأشخاص التوحديون، واختلاف في مزاجهم بصفة عامة بين أشخاص سعداء وأشخاص غير سعداء ، كما تحدث نوبات الصرع المرضية في حوالي ربع الأشخاص التوحديون البالغين.

وتتبنى منى خليفة (٢٠٠١ : ١٠٩) تعريف رملاند Rimland للتوحد والذي يذكر فيه أنه مصطلح يشير إلى الانغلاق على النفس ، وغياب القدرة على الاتصال اللغوي ، وثورات الغضب العارم ، وتشتت الانتباه ، وضعف القدرة على التواصل وإقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين.

ويوضح كمال سيسالم (٢٠٠٢ : ٤٨) أن التوحد يتصف بالانطواء الشديد والتمركز حول الذات والانشغال بالذات بصورة أكثر من الانشغال بالعالم الخارجي ، وهناك ست خصائص يتميز بها الطفل التوحدى وهي : (١) البرود العاطفي (٢) عدم الاستجابة لمشاعر الحب والحنان التي يبديها الآخرون نحوه (٣) الإثارة الذاتية التي تتمثل بالحركات النمطية (٤) سلوك إيذاء الذات ونوبات الغضب (٥) الكلام النمطي الذي يتسم بالهمهمة (٦) تأخر في نمو السلوك بما لا يتوافق مع سن الطفل.

ويذكر أرونز وجيتز Arons & Gittens أن التوحد يمثل اضطراباً أو متلازمة من المظاهر المرضية الأساسية التي تظهر على الطفل قبل أن يصل عمره إلى ثلاثين شهراً ، ويتضمن ذلك عدداً من الاضطرابات كالتالي :

أ- اضطراب في سرعة أو تتابع النمو.

ب- اضطراب في الاستجابات الحسية للمثيرات.

ج- اضطراب في الكلام واللغة والسعة المعرفية.

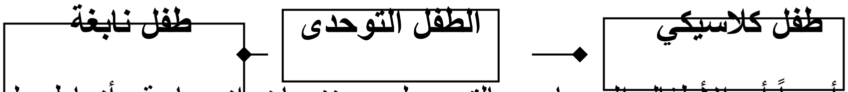
د- اضطراب في التعلق أو الانتماء للناس والأحداث والموضوعات.(عادل عبد الله : ٢٠٠٢ : أ:١٧١)

ويعرفه محمد السعيد أبو حلاوة (٢٠٠٦ : ٦٦) بأنة طفل تؤثر عليه كثيراً من مظاهر نمو الطفل المختلفة وبالتالي تؤثر عليه بالانسحاب للداخل والانغلاق على الذات ، وهذا بالتالي يضعف من اتصال الطفل بعالمه المحيط ويجعله يحب الانغلاق ويرفض أي نوع من الاقتراب الخارجي منه ويجعله يفضل التعامل مع الأشياء أكثر من تعامله مع المحيطين به.

تعقيب على التعريفات:

من خلال التعريفات السابقة نجد أن معظمها اتفقت على أن اضطراب التوحد ما هو إلا اضطراب نمائي معقد يظل متزامن مع الطفل منذ الميلاد وتستمر معه وذلك يؤثر على شخصيته ويظهر هذا الاضطراب في السنوات الثلاثة الأولى من عمر الطفل ولذلك ينبغي التدخل للبرامج العلاجية والتأهيلية اللازمة لتخفيف حدة أعراض التوحد.

وأوضحت بعض التعريفات أن الطفل التوحدى يقع على متصل له طرفان إحدهما هو الطفل التوحدى الكلاسيكي ، أما الطرف الآخر فهو الطفل النابغة حيث أن الطفل الكلاسيكي لديه أداء منخفض أما الطفل النابغة فلديه أداء مرتفع وذلك يظهر لديه في بعض المواهب مثل الرسم ، الموسيقى ، الرياضيات.



ونجد أيضاً أن الأطفال المصابين بالتوحد لديهم نزعات انسحابية وأنماط سلوكية متكررة تظهر في صورة متلازمات حركية كانشغاله بأشياء لفترات طويلة ، والهزهزة ، وبرم الأشياء أو لفها وكذلك لديه متلازمات لفظية تظهر في ترديد للكلمات وإصدار لأصوات لا معنى لها ومكررة وعدم القدرة على الاستمرار بمحادثة الآخرين.

وفي ضوء التعريفات السابقة للتوحد.

يعرف الباحث الطفل التوحدى بأنه هو الطفل الذي لديه اضطراب في النمو يصيب الطفل خلال الثلاث سنوات الأولى من العمر ويبدو عليه انغلاقه في عالم آخر ، وقصور في المظاهر السلوكية النمطية حيث يظهر في الاندماج في سلوك حركي آلي متكرر مثل التصفيق باليدين وحركات الجسم وأيضاً في النمطية اللفظية في تكراره لكلمات غير مفهومة وليس لها علاقة بالحديث مع الآخرين.

٢-١ نسبة انتشار اضطراب التوحد :

يتفق عصام زيدان (٢٠٠٤) ، إلهامي عبد العزيز (٢٠٠١) ، عادل عبد الله (٢٠٠٢-أ)،حسين فايد(٢٠٠٤: ٥٢٩) أن اضطراب التوحد يحدث لفرد واحد من بين كل ٥٠٠ فرد وأن نسبة انتشاره لدى البنين تزيد عنها لدى البنات بأربعة أضعاف ، أن التقديرات توضح أن صافي معدل الزيادة السنوية في عدد الأفراد ذوي التوحد قياساً بأقرانهم ذوي الاضطرابات الأخرى يصل إلى ٣% تقريباً وأن نسبة انتشار هذا الاضطراب في الولايات المتحدة يبلغ ٠,٦% وأن نسبة انتشاره في اليابان تتراوح ما بين٠١٣% : ٠,١٦% .

ويوضح ستيفن إديلسون (٢٠٠٦ : ٧) أن نسبة انتشار التوحد في تزايد ويرجع هذا التزايد إلى نسبة انتشاره إلى الفهم الجيد لطبيعة هذا الاضطراب وهذا الأمر الذي ساهم في إبراز نسبة انتشاره الحقيقية ، الذي يعد ثاني أكثر أنماط الإعاقة العقلية انتشاراً ، ولا يسبقه سوى التخلف العقلي.

ويشير كانون (٢٠٠٦ : ٩) ، سيلرز (٢٠٠٦ : ٤) إلى أن التقديرات الحالية توضح تزايداً متنامياً لحالات هذا الاضطراب ، حيث تقدر بحوالي ٤٠ – ٦٠ طفلاً في كل ١٠٠٠٠ طفل ، كما أن هذه التقديرات أوضحت أنه يوجد في الولايات المتحدة الأمريكية ما بين ٦٠٠٠٠ إلى ١١٥٠٠٠ طفل تحت سن ١٥ عاماً يتم تشخيصهم على أنهم ذوو توحد.

ويشير إبراهيم الزريقان (٢٠٠٤) ، يوسف (٢٠٠٤) وآخرون ، عبد الله سكر (٢٠٠٥) أن تزايد نسبة الإصابة بين الأولاد عن البنات بنسبة ١ : ٤ ، ولا يرتبط هذا الاضطراب بأية عوامل عرقية أو اجتماعية حيث لم يثبت أن لعرق الشخص أو للطبقة الاجتماعية أو المادية أية علاقة للإصابة بالتوحد.

يرى الباحث أن تحديد نسبة انتشار التوحد يعد أمراً صعباً ؛ لأن معرفة مدى انتشار نسبة التوحد تلتزم بالتعرف على التعريف الصحيح المعتمد للاضطراب وكذلك المحكات التشخيصية للكشف عنه ، يعتبر التشخيص الدقيق له متغيراً عما هو عليه من قبل.

١-٣ تشخيص اضطراب التوحد:

التشخيص السيكاتري :-

حدد الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية في الصورة الرابعة DSM – IV (١٩٩٤) إلى أن أعراض الأوتيزم تتمثل في ضرورة توافر ست أعراض أو أكثر وهذه الأعراض تظهر قبل سن الثالثة من العمر. تتمثل هذه الأعراض في :-

أولاً :- الاضطرابات النوعية في التفاعل الاجتماعي ، كما هي ظاهرة على الأقل في اثنين مما يلي :

(١) اضطراب في استخدام السلوكيات غير اللفظية ، مثل النظر بالعين والتعبير بالوجه والإيحاء بالجسم والإشارات والإيماءات لتنظيم التفاعل الاجتماعي.

(٢) قلة البحث عن أشخاص آخرين لإيجاد الراحة واللعب معهم في أوقات الضغط العصبي أو تقديم الراحة والحب للآخرين حينما يظهرون القلق والحزن.

(٣) العجز في الطلب التلقائي لمشاركة الاستمتاع والاهتمام والإنجازات مع الآخرين ، مثل العجز في الإحضار والإشارة إلى موضوعات اهتمام الآخرين.

(٤) العجز في التفاعلات الاجتماعية والانفعالية.

ثانياً :- الاضطرابات النوعية في التواصل ، كما هي ظاهرة بواحدة على الأقل مما يلي :

(١) تأخر أو غياب كلي للغة المنطوقة.

(٢) بالنسبة لأطفال التوحد ذوي بعض القدرة اللغوية لديهم إعاقة على ابتداء المحادثة مع الآخرين والمحافظة عليها.

(٣) استخدام نمطي وتكراري للغة ، أو اللغة الفطرية الأولية.

(٤) ضعف التظاهر باللعب أو تقليد الآخرين في مستوى مناسب لعمر الطفل.

ثالثاً :- أنماط تكرارية ونمطية من السلوكيات والاهتمامات والأنشطة المحددة كما هي ظاهرة بواحدة على الأقل مما يلي :

(١) حركات نمطية وتكرارية مثل التلويح بالأيدي وضرب الرأس.

(٢) الانشغال بالأنشطة أو ألعاب محددة والتقيد الاستحواذي بالأنشطة الروتينية والطقوسية.

(٣) الانشغال بأجزاء من الأشياء (مثل يد لعبة بدلاً من كامل اللعبة) واستعمال غير اعتيادي أو غير مألوف للأشياء.

رابعاً :- وجود عجز أو قصور في النمو قبل سن الثالثة وذلك في واحد على الأقل من الجوانب التالية :

(١) اللغة التعبيرية المستخدمة في الاتصال.

(٢) تطور التفاعل الاجتماعي والتفاعل المشترك.

(٣) اللعب الرمزي أو الوظيفي.

ويرى عادل عبد الله (٢٠٠٢ : ب:٤٧) أن دليل التصنيف التشخيصي والإحصائي للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية في طبعته الرابعة DSM – IV الصادر من الجمعية الأمريكية للطب النفسي (١٩٩٤) APA والتصنيف الدولي العاشر للأمراض ICD - 10 الصادر عن منظمة الصحة العالمية (١٩٩٢) WHO يعدان هما المصدران الرئيسيان لتشخيص اضطراب التوحد وفي هذا الإطار نلاحظ أن محور التركيز لكل منهما يدور حول أربعة محكات رئيسية هي :

(١) البداية :

تكون بداية الاضطراب قبل أن يصل الطفل الثالثة من عمره ، ويكون الأداء الوظيفي للطفل مختلاً في واحد على الأقل من عدد من الجوانب هي التفاعل الاجتماعي ، واستخدام اللغة للتواصل الاجتماعي ، واللعب الرمزي أو الخيالي.

(٢) السلوك الاجتماعي :

يوجد لدى الطفل قصور كيفي في التفاعلات الاجتماعية وذلك في اثنين على الأقل من أربعة محكات هي التواصل غير اللفظي ، وإقامة علاقات مع الأقران والمشاركة مع الآخرين في الأنشطة والاهتمامات ، وتبادلية العلاقات الاجتماعية معهم.

(٣) اللغة والتواصل :

يوجد قصور كيفي في التواصل في واحد على الأقل من أربعة محكات هي تأخر أو نقص كلي في اللغة المنطوقة ، وعدم القدرة على المبادأة في إقامة حوار أو محادثة مع الآخرين ، والاستخدام النمطي أو المتكرر للغة ، إلى جانب قصور في اللعب التظاهري أو الخيالي.

(٤) الأنشطة والاهتمامات :

توجد أنماط سلوك واهتمامات وأنشطة مقيدة نمطية وتكرارية في واحد على الأقل من أربعة محكات هي الانشغال باهتمام نمطي واحد غير عادي ، والرتابة والروتين ، وأساليب نمطية للأداء ، والانشغال بأجزاء من الأشياء.

ونرى من ذلك أن عملية تشخيص التوحد تعد من العمليات الشاقة حيث أن التشخيص له أهمية كبيرة خاصة إذا تم التشخيص في مرحلة مبكرة من الإصابة لأن ذلك يزيد من فرصة تحسن وعلاج هؤلاء الأطفال في الوقت المناسب.

وترى كريمان بدير (٢٠٠٤ : ١٦٧ – ١٦٨) أن تشخيص التوحد جاء بعد الملاحظة الدقيقة وتقييم الأفراد وعلى الرغم من أن التوحد يعبر عن اضطراب في الجهاز العصبي ، إلا أنه لا يوجد اختبار طبي معين أو إجراء يستطيع أن يؤكد تشخيص التوحد بدلاً من نظرة المتخصصين لأعراض الأشخاص ومقارنتها لتكون محكاً لتشخيص التوحد، فإذا ظهرت لدى هؤلاء الأشخاص هذه الأعراض فإنها تسجل في قائمة المحك ويتم التشخيص ، ولو كان التشخيص موضع شك الطبيب أو عالم النفس أو أي متخصص آخر ، فملاحظة الطفل خلال فترة من الوقت ، قبل تصنيفه على أنه مصاب بالأوتيزم تعتبر مهمة.

وتشير سوسن شاكر الجلبي (٢٠٠٥ : أ:١٣٤ – ١٣٥) إلى أن تشخيص التوحد من أصعب الأمور وأكثرها تعقيداً وخاصة في الدول العربية ، حيث يقل عدد الأشخاص المهيئين بطريقة علمية لتشخيص التوحد ، مما يؤدي إلى وجود خطأ في التشخيص ، أو إلى تجاهل التوحد في المراحل المبكرة من حياة الطفل ، مما يؤدي إلى صعوبة التدخل في أوقات لاحقة. حيث لا يمكن تشخيص الطفل دون وجود ملاحظة دقيقة لسلوك الطفل ومقارنة ذلك بالمستويات المعتادة من النمو والتطور. ولكن مما يزيد من صعوبة التشخيص أن كثيراً من سلوك التوحدى يوجد كذلك في اضطرابات أخرى ولذلك يجب أن يتم تقييم حالة الطفل من قبل فريق كامل من تخصصات مختلفة يمكن أن يضم هذا الفريق :

- طبيب أعصاب
- طبيب نفسي.
- طبيب أطفال متخصص في النمو .
- أخصائى نفسي .
- أخصائي علاج لغة وأمراض نطق .
- أخصائي علاج مهني .
- أخصائي تعليمي، كما يمكن أن يشمل الفريق المختصين الآخرين ممن لديهم معرفة جيدة بالتوحد.

ويتفق كلاً من محمد إبراهيم عبد الحميد (٢٠٠٣) ، عبد الفتاح عبد الحميد الشريف (٢٠٠٧) أن أعراض التوحد تظهر فيما بين العام الثاني والثالث ، وتظهر هذه المشكلة كلما زادت سنوات العمر وزاد ابتعاد الطفل عن الآخرين وفقد إحساسه بالزمن وازدادت الحركات غير الهادفة وفقد قدرته في التعامل مع البيئة والتفاعل معها في نفس الوقت الذي يقف عجزه عن الاتصال اللغوي عن طريق الكلام بالبيئة التي يعيش فيها حائلاً بينه وبين نمو شخصيته وإدراكه لذاته.

ويرى أحمد عكاشة (٢٠٠٣ : ٧٥٣ ــ ٧٥٤) أنه عند تشخيص التوحد فإنه لا توجد مرحلة سابقة أو كبيرة من الارتقاء الطبيعي ، ولكنها إن وجدت لا تتجاوز عمر الثلاث سنوات ، وهناك دائماً اختلالات كيفية في التفاعل الاجتماعي كما يتضح في فقدان الاستجابات لمشاعر الآخرين ، وعدم تعديل السلوك مع استخدام ضعيف للرموز الاجتماعية ، وكذلك الاختلالات الكيفية في التواصل مثل عدم الاستخدام لأية مهارات لغوية موجودة ، والخلل في اللعب التخيلي والتقليد الاجتماعي وفقدان نسبي للقدرة على الابتكار والخيال ووجود أنماط محدودة ونمطية من السلوك والاهتمامات والنشاطات ويظهر الأطفال المصابون بالتوحد فقدانهم إلى التلقائية والمبادرة ووجود صعوبة في تطبيق المفاهيم النظرية.

صعوبات التشخيص :

يتفق الباحثون على أن إعاقة التوحد لها عوامل متعددة تجعل من تشخيص الأوتيزم عملية معقدة ، فعادة ما يكون تشخيص التوحد وسلسلة الاضطرابات المرتبطة به في الأطفال الصغار ذا طبيعة متحدية ، حيث ترتبط التعقيدات في التقييم والتشخيص بمدى التعبير عن الأعراض في هذه الحالات على مدى أبعاد مختلفة مثل القدرات اللغوية والإعاقة الذهنية المرتبطة بها.(National Research Council , 2001: 23)

ويقول إبراهيم محمود بدر (٢٠٠٤ : ٤٧) أن بسبب تشابك وتعقد الصور الإكلينيكية للتوحد نتيجة لارتباطه باضطرابات نمائية أخرى ، ومصاحبته أحياناً لأمراض وإعاقات أخرى فإنه يلزم تشخيص اضطراب التوحد عن الاضطرابات المرتبطة والأمراض المصاحبة.

ونستطيع أن نقول: إن أهم الصعوبات التي تواجه تشخيص التوحد هي :

(١) أعراض التوحد تتشابه وتشترك مع أعراض إعاقات وأمراض أخرى مثل الفصام الطفولي ، التخلف العقلي ، مشاكل نمو اللغة وضعف السمع ، اضطراب اللوازم والحركات الآلية (نادية إبراهيم : ١٩٩٧ : ٣٨)

(٢) عدم الوصول إلى تحديد دقيق للعوامل السببية (رشاد موسى : ٢٠٠٢ : ٤٠٢)

(٣) يزيد من صعوبة التشخيص عدم وجود اختبارات أو أدوات مقننة للقياس والتشخيص على درجة عالية من الصدق والثبات وخاصة في البيئة المصرية (هدى أمين : ١٩٩٩ : ١٦)

(٤) خبرة الوالدين بمظاهر النمو السوي لطفلهم الأول ، كما قد تؤدي الظروف الأسرية وارتفاع الوظيفة المعرفية للطفل إلى تأخر التعرف على الحالة (هدى أمين : ١٩٩٩ : ١٨٣)

(٥) اختلاف أدلة التشخيص باختلاف التصنيف نفسه ، فمفهوم التوحد الطفولي الآن يختلف عنه كما أشار إليه كانر ١٩٤٣ (إلهامي عبد العزيز : ١٩٩٩ : ٣)

(٦) الأشكال غير العادية للاتصال والسلوك الاجتماعي لدى التوحد ، وعدم قدرة الأطفال التوحديون على نقل مشاعر الاضطراب الخاصة بالإثارة والإحباط مما يشكل عقبة خاصة أمام الأطباء ذوي المعرفة القليلة (محمد كامل ١٩٩٨ : ١٨٦ ــ ١٩٠)

(٧) الإعاقة الشديدة أو ربما التوقف الملحوظ لنمو قدرات التواصل بين الطفل والبيئة المحيطة ، مما يؤدي إلى توقف القدرة على تعلم اللغة أو النمو المعرفي ونمو القدرات العقلية (عثمان فراج: ١٩٩٤ : ٢ -٣)

ويتفق كل من عبد الرحمن سليمان ، ٢٠٠١ : ٣٦) ، عثمان فراج ، ٢٠٠٢ : أ:٦٨ ــ ٦٩) أن صعوبة تشخيص إعاقة التوحد لا يزال من أكبر المشكلات التي تواجه الباحثين والعاملين في مجال مشكلات الطفولة ، وتتطلب تعاون فريق من الأطباء والأخصائيين النفسيين والاجتماعيين وأخصائي التخاطب والتحاليل الطبية وغيرهم.

ويرى الباحث أن هذا الأمر يعد من أصعب الأمور وأكثرها تعقيداً وخاصة في الدول العربية حيث يقل عدد الأشخاص المهيئين بطريقة علمية لتشخيص التوحد مما يؤدي إلى وجود خطأ في التشخيص أو إلى تجاهل التوحد في المراحل المبكرة من حياة الطفل مما يؤدي إلى صعوبة التدخل في أوقات لاحقة ، حيث لا يمكن تشخيص الطفل دون وجود ملاحظة دقيقة لسلوك الطفل. ولمهارات التواصل لديه ومقارنة ذلك بالمستويات المعتادة من النمو والتطور ولكن مما يزيد من صعوبة التشخيص أن كثيراً من السلوك التوحدى يوجد كذلك في اضطرابات أخرى. ولذلك يجب أن يتم تقييم حالة الطفل من قبل فريق كامل من تخصصات مختلفة حيث يمكن أن يضم هذا الفريق طبيب أعصاب وطبيب نفسي وطبيب أطفال متخصصاً في النمو وأخصائي نفسي وأخصائي علاج اللغة وأمراض نطق وأخصائي علاج مهني كما يمكن أن يشمل الفريق مختصين آخرين مما لديهم معرفة جيدة بالتوحد.

أهم الطرق المستخدمة في تشخيص التوحد:

يتجه المهتمون بتشخيص الأوتيزم والأخصائيون الإكلينيكيون إلى طرق عدة لمعرفة المزيد عن الطفل ، وذلك من أجل وضع تشخيص محدد لحالة الطفل الذي أمامهم ولذلك يرجعون إلى مجموعة من الطرق وهي :-

١- التاريخ التطوري للحالة Developmental History:

إن أحد المكونات الرئيسية للقيام بتشخيص التوحد هو التعرف على تاريخ تطور الطفل حتى الوقت الحالي ، ويشمل ذلك إجابة آلام على مجموعة من الأسئلة تتعلق بتطور الحالة والأعراض التي تظهر عليه في الشهور الثلاثة من عمر الطفل وتوضيح مراحل نموه المختلفة إلى الوقت الحالي وهل تناول عقاقير معينة أو هناك حوادث أو أصيب بأي مرض وفي أي سن.

ويرى (فضيلة الراوي وآمال حماد ١٩٩٩ : ٤٥) أن قد تحدث حالة التوحد وحدها أو مرتبطة مع إعاقات واضطرابات أخرى ، قد تؤثر على عمل الدماغ مثل التلوث الفيروسي ، اضطراب الهرمونات ، الآيض والصرع. ومن المهم التفريق بين التوحد وغيره من الإعاقات عند التشخيص ، لأن الخطأ في التشخيص قد يؤدي إلى تقديم الخدمات غير المناسبة.

ويشير (عادل عبد الله ، ٢٠٠٢: ب: ٢٦ – ٢٧) إلى أن الطفل التوحدى يبدو مختلفاً عن بقية الأطفال في نفس العمر الزمني ، إذ يبدو وكأنه لا يريد أمه ولا يحتاج إليها أو إلى وجودها معه ، ولا يبالي بمسألة أن يقبل عليه أحد ويقوم بحمله حتى إذا كان هذا الشخص وثيق الصلة به كما تكون عضلاته رخوة ، كذلك فهو لا يبكي إلا قليلاً ولكنه سريع الغضب أو الانفعال بدرجة كبيرة ويكون قليل المطالب بشكل ملحوظ ولا يبتسم إلا نادراً والكلمات التي ينطقها غير مفهومه ، لا يبدي أي اهتمام باللعب ، ويفتقر بشدة إلى التواصل اللفظي وغير اللفظي ، وتكون ردود فعله للمثيرات إما مفرطة أو قليلة جداً.

٢- التاريخ الوراثي للحالة :- Genetic History:

تشير (سهى أمين : ٢٠٠٢ : ٢٨) أن الحصول على التاريخ التطوري للحالة يشتمل أيضاً على الحصول على صورة لشجرة العائلة أي التاريخ الوراثي بين أعضاء أسرة الزوج والزوجة وهل هناك أحد أفراد الأسرة لديه اضطرابات أو خلل مرتبطة بالحالة ، فقد أكدت الأبحاث أن حوالي ٣٠% إلى ٥٠% من حالات التوحد قد يكون لها أصول وراثية ، وأوضحت بعض الدراسات أنه قد تكون أسرة الطفل التوحدى لديها مشاكل في التفاعل الاجتماعي مع المحيطين. بمعنى أن هذه الأسرة قد تكون غير اجتماعية أو تحب الانطواء أو تكون من الأسرة المحبطة وعليها ضغوط كثيرة فكل ذلك له تأثير على الطفل.

ويقول بارميلي Parmelee (١٩٩٦ : ٥٢) أن هناك دليل ضعيف يربط اضطراب التوحد بالاضطرابات الوراثية الأخرى مثل ذوي زملة × الهش ، فقد وجد استيفنبرج وآخرون Steffenburg , et al أن زملة × الهش توجد فقط لدى ٩% من عينة قوامها ٢٢ زوجاً من التوائم التوحديون ، ووجد بيفن وآخرون Piven et al أن × الهش تم تسجيله في ٢ فقط من ٧٥ حالة (٢,٧%) لكن القصور الاجتماعي في زملة × الهش لم يكن يختلف عنه لدى التوحديون وأشارت نتائج دراسة قام بها جود ومandل ، أن نسبة حدوث التوحد المتطابقة تكاد تكون ١٠٠% في حالة إصابة أحدهما بالتوحد، ويرجع ذلك للتطابق الوراثي الكبير في الجينات والكرموزومات في حالة التوائم المتطابقة ، فكثير من الأطفال التوحديون يولدون من آباء لديهم قصور في الجوانب الانفعالية ، وأنهم تركوا تأثيرات مرضية على أطفالهم. (زينب شقير ، ٢٠٠٢ : ٤٠).

٣- تاريخ الحمل والولادة :- Pregency History:

يحتاج الأخصائي الإكلينيكي إلى التعرف على التاريخ الطبي للأم أثناء الحمل. حيث قد يحدث للأم بعض المخاطر أثناء هذه الفترة تكون لها صلة بوجود طفل توحدى لديها ويجب أن تسرد الأم للطبيب كل ما حدث في فترة حملها وأيضاً توضيح الحالة النفسية التي كانت عليها الأم في هذه الفترة لأن من الممكن أن تكون الحالة النفسية عاملاً مساعداً في وجود طفل توحدى.

٤- التقييم السلوكي : Behavioral Assesment:

هذا الجزء هام من تقييم الطفل التوحدى فهو يحتاج إلى خبرة كثيرة من قبل الأخصائي الإكلينيكي ، ويوجد أسلوبان أساسيان لتجميع المعلومات السلوكية. الأسلوب الأول :- الملاحظة غير المقننة ، الأسلوب الثاني :- الملاحظة المقننة ويجب الاستناد على النوعين في آن واحد.

ففي الملاحظة غير المقننة يجعل الأخصائي الطفل يلعب ببعض الدمى ويطلب من والدة الطفل الحضور واللعب معه باللعب وفي هذا الوقت يبدأ المعالج ملاحظة بعض النقاط وهي رد فعل الطفل للأم. ومن هنا يلاحظ المعالج الطفل بمفرده والطفل وسط أسرته والطفل ووالدته. أي ملاحظة الطفل في مواقف مختلفة وذلك لجمع أكبر قدر من المعلومات السلوكية التي يقوم بها الطفل. أما الملاحظة المقننة فلابد من وضع أسس لها ودرجات معينة وذلك من أجل الخروج بنتيجة مقننة

وفيما يلي عرض قائمة مقننة لملاحظة الاضطراب التوحدى ، وهذه القائمة تساعد في كشف الأعراض التي لا تظهر أمام المعالج وتعتبر القائمة من القوائم الهامة لوصف العلامات الأولى التي تظهر على الطفل من عمر ١٨ شهراً إلى ٣ سنوات وتعتبر العلامات الأولية لاضطراب التوحد.

جدول رقم (١)

قائمة ملاحظة للاضطراب التطوري PDD و التوحد.

العمر بالشهور	الأسئلة
من الميلاد حتى ٦ شهور	**- هل يبدو طفلك مهتماً بشكل غير عادي بالأشياء المتحركة أو الأضواء المتحركة (بالمقارنة باهتمامه العكسي للنظر إلى الأوجه مثلاً ؟)**
من ٦ حتى ١٢ شهراً	**- هل من الصعب أن تجذب انتباه طفلك ؟** **- بعض الأطفال يحبون الصعود لأعلى وآخرون يبكون ؟ هل طفلك من نوعية هؤلاء الذين يبكون ؟**
من ١٢ حتى ١٨ شهراً	**- هل يشعر طفلك بالملل وعدم المبالاة للحديث المحيط به ؟** **- هل لاحظت طفلك قادراً على التوجه نحو بعض الأصوات وليس للآخرين؟** **- هل يتجاهل طفلك اللعب لأغلب الوقت ؟** **- هل شعرت بالشك بأن طفلك مصاب بصعوبات بالسمع ؟** **- هل تعجبت إذا لم يعرف طفل اسمه ؟** **- هل يفضل طفلك أو يرفض أطعمه معينة بقوة ؟**

من ١٨ حتى ٢٤ شهراً	- هل يبدو طفلك غير مهتم بتعلم الحديث ؟ - عند محاولة جذب انتباه طفلك ، هل تشعرين أن طفلك يتجنب النظر إليك مباشرة ؟ - هل يبدو طفلك خائفاً أو غير مدرك للأشياء الخطيرة ؟ - هل يتجنب طفلك اللعب مع الدميات أو الحيوانات أو حتى يكرههم ؟ - هل يتجنب طفلك اللعب بلعب جديدة بالرغم أنه يتمتع بعد ذلك باللعب بها بعد أن يعتاد عليها ؟ - لم يبدأ طفلك إظهار ما يرغب فيه باستخدام الإشارة أو الكلمات أو عمل ضوضاء ؟ - في بعض الأحيان هل تشعرين أن طفلك يهتم بوجودك أم لا ؟ - هل لطفلك لغة خاصة به ؟

من ٢٤ حتى ٣٠ شهراً	**- هل يدرك طفلك جزءاً واحداً مما قيل له فقط ؟** **- هل يحاول طفلك الاتصال عندما يرغب في شيء أو يريد شيئاً ؟** **- هل يقودك طفلك نحو الشيء الذي يرغب فيه ؟** **- هل يلعب طفلك اللعبة بطريقة آلية متكررة ؟** **- هل يستطيع طفلك أغلب أو كل ما يقال له لكن لا يقول شيئاً أو يقول القليل من الكلمات؟** **- هل يبدو طفلك يظهر إدراكاً أفضل لكن لا يزال يتتبع الاتجاهات ؟** **- هل يستطيع طفلك عادة بكونه مطارد ولكن لا يحب لعبة الاستجابة ؟**

من ٣٠ : ٣٦ شهراً	**- هل تقلقين لأن طفلك لا يبدو مهتماً بالأطفال الآخرين ؟** **- هل طفلك لا يلعب لعباً رمزياً ؟** **- هل يبدو طفلك مهتماً بالأشياء الميكانيكية مثل إشعال الضوء ؟** **- هل طفلك غير قادر على محاكاة الآخرين ؟** **- هل طفلك لا يهتم بمشاهدة التليفيزيون ؟ أو الأشياء التي يشاهدها طفل في عمره ؟** **- هل يتعلم طفلك الكلمات الجديدة عن طريق نغمتها وليس تمييزها صوتياً؟** **- هل يتمتع طفلك بالاتصال الجسدي عندما يرغب هو فيه وليس أنت ترغبين فيه ؟** **- هل تقلقين بشدة عندما تشعرين أن طفلك لا يتألم مثل غيره من الأطفال ؟** **- هل يظهر طفلك القدرة على محاكاة الأشياء مثلما يسمعها ويرددها أو يقلد الأصوات أفضل من الكلمات ؟** **- هل ينسى طفلك الكلمات القديمة عندما يتعلم الحديث ؟**

من ٣٦ : ٤٨ شهراً	**- هل يردد الطفل الصدى بالضبط كما سمعه من قبل ؟** **- هل يلعب الطفل باللعب بطريقة مختلفة ؟** **- عند الاستمتاع بشيء هل يلوح طفلك بيديه أو بأصابعه ؟** **- هل تقلق لأن نغمة صوت طفلك غير عادية مثل علو النبرة ؟** **- هل يشعر طفلك بالضيق عند تغيير في الروتين اليومي له ؟** **- هل يهتم طفلك بتنظيم لعبه بطريقة معينة ؟** **- هل يعرف طفلك الطريق الذي تسيرين فيه عند ذهابك للسيارة ؟ وهل يتضايق إذا ذهبت بأسلوب أخر ؟**

(سهى أمين : ٢٠٠٢ : ٣١ - ٣٢)

٥- اختبار الذكاء:

بالنسبة للطفل التوحدى لا نقيس ذكاء الجزئية المتعارف عليها ولكننا نقيس ما يستطيع فعله وما لا يستطيع فعله. وتؤكد الدراسات السابقة أنه لا يوجد اختبار ذكاء لأطفال التوحد أو أطفال الخلل التطوري PDD أي لا يوجد اختبار ذكاء يشخص التوحدأو PDD ولكن يستخدم الكثير من الاختبارات الخاصة بمرحلة ما قبل المدرسة وما بعدها.

وتعد أكثر الإجراءات التي تتم في الوقت الحاضر للتعرف على التوحد هي قوائم ومقاييس التقدير ، وتمتاز بأنها تتيح بمشاركة أكبر عدد ممن لديهم تأثير غير مباشر في عملية التشخيص على عكس الإجراءات الإكلينيكية تتمتع مقاييس التقدير وقوائم الشطب بإجراءات مقننة للاستخدام وبذلك يتم تقسيمها سيكومترياً (طارق الشمري وزيدان السرطاوي ٢٠٠٢ : ٢).

ويقول عمر بن الخطاب (٢٠٠١ : ٢٢) أن الملاحظة السريعة للتوحد لا تعطي تشخيص سليم لسلوك الطفل وقدراته وأيضاً مشاركة المهتمين بالطفل وتاريخ تطور الحالة عامل هام للتشخيص الدقيق. ولابد من التشخيص المبكر لأنه يوفر العلاج المناسب للطفل.

ومن خلال الدراسات السابقة التي تشخص التوحد توصلت إلى أن هناك ارتباط بين اضطراب التوحد وشذوذ الكروموسومات مثل دراسة زونالللي وداجت Zonalli & Degett (1998) والتي أشارت نتائجها إلى أن هناك ارتباط بين هذا الاضطراب وبين كروموسوم يسمى " × الهش " فهذا الكروموسوم مسئول عن حدوث خلل في الناحية العقلية حيث يؤدي إلى التخلف العقلي ، وهذا الكروموسوم يدخل بنسبة ٥ : ١٦% في كل الحالات ويوضح هذا الارتباط زيادة عدد الأولاد عن البنات في الإصابة بالتوحد.

وتؤكد دراسة هارولد وبينجامين Harold & Benjamin (1998) ودراسة هولين Howlin (1998) على أن التوحد يرجع إلى عوامل جينية فقد لوحظ أن حوالي من ٢ : ٤% من أشقاء الأطفال التوحد يصابون بنفس الإعاقة بمعدل ٥٠ مرة أكثر من عامة الناس ، وأن معدل حدوث التوحد في التوائم المتماثلة هو ٣٦% بينما في التوائم غير المتماثلة يحدث بمعدل يساوي صفراً.

- وفي ضوء ذلك تختلف معها دراسة ميشيا ولوجيا Micha & Lwgia 1997 التي تقول أن التوحد يحدث بمعدل ٩٦% في التوائم المتماثلة ويحدث بمعدل ٢٧% في التوائم غير المتماثلة.

- وتؤكد دراسة هولين Howlin (1998) على أن انتشار التوحد بين أطفال ولدوا لأخوة يعانون من أضطراب التوحد في أسرهم يزيد ٢١٠ ضعفاً عن انتشاره بين أطفال المجتمع العام. ويعني ذلك أن احتمال ولادة أطفال توحديون أكثر بكثير عندما يكون لهم أخوة يعانون من التوحد.

- وقد ثبت ذلك من خلال نتائج دراسة بارلي ورتر Barley & Rutter (1998) حيث وصلت النسبة إلى ٨,٦% وإذا كان الطفل المعوق الأول ذكر فإن هذه النسبة تكون ٧% ولكنها ترتفع إلى ١٤,٥ إذا كان الطفل السابق أنثى.

- وفي دراسة ريتا جوردن وستيوارت بيول (٢٠٠٧ : ٤)تبين أن العوامل المرتبطة بالجينات تلعب دوراً هاماً في حدوث إعاقة التوحد ولكنها لا تملك الإجابة الكاملة أو المسئولية الكاملة.

- ويتضح في دراسة كلاً من (عثمان فراج ٢٠٠٢ :أ: ٦١ ، سوسن الحلبي ٢٠٠٥ ٣١٥ ، ماجد عمارة ٢٠٠٥ ، لورنا وينج ١٩٩٤ : ٦٥) أن الدراسات والتحاليل الطبية تؤكد على معاناة طفل التوحد من حالات قصور عضوي أو حيوي منها ما يحدث أثناء فترة الحمل وبالتالي يؤثر على الجنين ومن أمثلتها إصابة الأم بالحصبة الألماني أو حالة من حالات قصور التمثيل أو التصلب الدرني ومنها حالات الريت Rett.

- ومن خلال ذلك أثبتت نتائج الأبحاث والدراسات الطبية في عدد من المعاهد الطبية في أمريكا وانجلترا وكندا إلى أن مضاعفات ما قبل الولادة هي أكثر لدى أطفال التوحد منها في غيرهم من الأسوياء أو المصابين باضطرابات أخرى.

(٣) التشخيص الفارق Differential Diagnose:

إن معظم الباحثين المهتمين بتشخيص إعاقة التوحد يشيرون دائماً إلى تشابه السلوك المرتبط بالتوحد مع أعراض إعاقات أخرى عديدة منها التخلف العقلي ، فصام الطفولة ، اضطراب التواصل ، الإعاقة السمعية ، صعوبات التعلم ، الذهان.

ولكي نصل إلى تشخيص دقيق لإعاقة التوحد لابد من التعرف على أهم الفروق الجوهرية بين الأوتيزم وتلك الإعاقات المصاحبة له.

أولاً : التوحد والتخلف العقلي :

غالباً ما يتواجد مع اضطراب التوحد التخلف العقلي إذ إن حوالي ٤٠% من حالات التوحد تكون مصاحبة بتخلف عقلي ٥٠% : ٥٥% أو أقل ، أي تخلف متوسط أو شديد ، بينما ٣٠% من تلك الحالات تكون مصاحبة بتخلف عقلي بسيط ٥٥% إلى ٧٠% وفي مثل هذه الحالات المزدوجة من الإعاقة ، فإن المشكلة التي تحد من إمكان الوصول إلى تشخيص دقيق للحالة هو تعذر أو استحالة تطبيق اختبارات الذكاء على الطفل الذي يعاني من توحد فقط ، أو تخلف عقلي شديد فقط أو يعاني من الإعاقتين معاً حيث تصبح عملية القياس الموضوعي شبه مستحيلة. (إبراهيم محمود بدر ، ٢٠٠٤ : ٤٧ – ٤٨).

ويذكر (Sue , et al. 1994 : 502) أن الأطفال التوحديون غالباً ما يشخصون على أنهم متخلفون عقلياً وغالباً ما يتزامن الاضطرابات وكذلك توجد طرق للتمييز بين الأطفال التوحديون سواء كان لديهم تخلف عقلي أم لا.

والجوانب الأساسية بين التوحد والتخلف العقلي هي أن الأطفال المتخلفين عقلياً عادة ما يرتبطون بالراشدين وبالأطفال الآخرين وذلك طبقاً للعمر العقلي وهم يستخدمون اللغة التي يمتلكونها للاتصال مع الآخرين. (حسن عبد المعطي ، ٢٠٠٣ : ٥٧٠).

ولقد اتفق كلاً من عثمان فراج (٢٠٠٢) ، عبد المجيد منصور وآخرون (٢٠٠٣) عبد الرحمن سليمان (٢٠٠٤) على بعض المؤشرات التي تسهل عملية التشخيص الفارقي والتمييز بين إعاقة التوحدوالتخلف العقلي والتي تم تسجيلها من تجارب الملاحظة الموضوعية المقننة للإعاقتين وهي :-

١- يتميز طفل التخلف العقلي بنزعته إلى التقرب إلى الوالدين و الكبار وغيره من الأطفال ، وهي سمة غائبة عن حالة طفل التوحد.

٢- أن طفل التخلف العقلي يستطيع أن يبني حصيلة لغوية ويظهر تطورا"أو تقدما" في نمو اللغة بينما طفل التوحد غالباً نموه اللغوي متوقف أو محدود للغاية وحتى إن وجدت لديه حصيلة قليلة من المفردات فمن النادر أن يستخدمها في التواصل.

٣- طفل التخلف العقلي لا يعاني من مشكلة رجع الصدى الذي يعاني منها طفل التوحد الذي يعيد نطق أخر كلمة أو كلمتين من أي سؤال أو كلام يوجه إليه.

٤- طفل التخلف العقلي لا يستثيره التغيير في عاداته اليومية سواء في الملبس أو اللعب أو المأكل. ولا يندفع في ثورات غضب (مثل طرق رأسه في الحائط) وإيذاء ذاته بعكس ما يحدث للطفل التوحدى.

٥- طفل التخلف العقلي لا يعاني من قصور في استعمال الضمائر بعكس ما يفعله طفل التوحد الذي يخلط بين " أنا " و " أنت " وكذلك بالنسبة إلى غيرها من الضمائر.

٦- طفل التخلف العقلي أسهل مراراً في التعامل معه في برامج التأهيل من طفل التوحدالذي يحتاج إلى جهود فائقة وصبر في التعامل معه.

٧- طفل التوحد يتجنب التواصل البصري بالتقاء العيون بين المحادثين وهي سمة نادراً ما تحدث مع طفل التخلف العقلي.

٨- طفل التوحد قد يبدأ فجأة في نوبات ضحك أو بكاء يستمر طويلاً بدون سبب ظاهر بينما لا يحدث في طفل التخلف العقلي.

٩- طفل التوحد ليس لديه القدرة على التعامل مع الآخرين بعكس طفل التخلف العقلي الذي يشارك أقرانه في أنشطتهم ويستمتع باللعب معهم.

١٠- طفل التوحد قد ينبغ أو يتفوق أو يبدي مهارة في أحد المجالات أو في الفن كالرسم والموسيقى وهي سمة لا توجد عند طفل التخلف العقلي.

١١- التوحد من حيث انتشاره أقل بمراحل من التخلف العقلي فنسبة حدوثه ٢ – ٣% على الأكثر بينما التخلف العقلي ينتشر بنسبة ٣% من المجتمع أو أكثر.

١٢- طفل التوحد لا يفهم المظاهر أو العاطفية كما أن لديه قصوراً وغياب القدرة على التعبير عنها عكس ما يحدث لطفل التخلف العقلي.

ويتضح مما سبق أن التوحديون يتميزون أحياناً بقدرات فائقة في بعض المجالات عن التخلف العقلي ويتميز التخلف العقلي عنه بقدراتهم على التواصل الاجتماعي أفضل من التوحديون.

ومن الدراسات السابقة التي اهتمت بتشخيص التوحديون والتخلف العقلي دراسة عمر بن الخطاب (١٩٩١ : ٥٢٦) حيث يوضح أن التخلف العقلي واضطراب التوحد كل منهم يتسم باضطراب واضح في قدرة معرفية مختلفة عن القدرة المضطربة في الاضطراب الآخر فإذا رجعنا إلى التعريف الخاص بالتخلف العقلي نجد فيه أن الطفل يعاني من تأخر وتخلف واضح في نسبة الذكاء ، ولما كانت أحد محكات الصدق لمقياس الذكاء هو التحصيل الدراسي ، فإن المشكلة الرئيسية تكون في الذاكرة إذ لا يستطيع الطفل أن يختزن المعلومات حتى في السلوك التوافقي فإن المتخلف عقليا يعاني من صعوبات واضحة ينتج عن عدم قدرته على استيعاب وتخزين الخبرات التي يحتاجها في مواقف تالية.

ويرى الباحث من خلال ذلك يتضح لنا أنه يوجد اتفاق في الدراسات على وجود فرق بين التخلف العقلي و التوحد تظهر في القدرات على التواصل اللغوي والمهارات الاجتماعية وفي أحد المجالات كالفن.

ثانياً التوحد والإعاقة السمعية :

نظراً لأن الطفل التوحدى غالباً ما يكون صامتاً أو قد يظهر عدم اهتمام انتقائي باللغة المنطوقة في مرحلة مبكرة فإنه قد يظهر غالباً أنه أصم.

فيرى بيركي (2003) Berke أنه يتم إساءة التشخيص لكل من التوحد والإعاقة السمعية أو الخلط بينهم حيث أن الطفل التوحدى قد يبدي بعض السمات التي يبديها الطفل الأصم إذ نجده أحياناً وكأنه لا يسمع ومن هنا فقد تم تشخيصه على أنه أصم وقد تم تشخيص الأصم في الجانب الآخر على أنه توحدى نظراً لما قد يصدر عنه من سلوكيات.

وقد أصدر الاتحاد القومي لأبحاث التوحد بالولايات المتحدة الأمريكية National Alliance for Autism Research (2003) NAAR

في تقرير له أن ما بين ٣٠ – ٥٠% من الأطفال التوحديون يبدون فقداً للسمع يتراوح بين الفقد الكلي والجزئي (عادل عبد الله : ٢٠٠٤ : أ)

ويوضح سيمونز وأوشي (Simons & Oishi , 1987 : p. 31) أن الفرق بين الأوتيزميين والمعاقين سمعياً في أن المعاقين سمعياً يحاولون التواصل عن طريق الإشارات والإيماءات ، كما أنها تقوم بالتواصل العيني وهو ما يفتقر إليه التوحديون ، وفي حين يوجد قصور عام في الاستجابة لدى الأوتيزم حيث يستجيب الأطفال الأوتيزميين للأصوات بشكل متنافر ومتناقض ، فإن ذلك لا يوجد لدى الأطفال المعاقين سمعياً.

ويتفق كل من عبد الرحمن سليمان (٢٠٠٠) ، محمد خطاب (٢٠٠٥) على توضيح أهم الفروق بين الأطفال الأوتيزم والأطفال ذوي الإعاقة السمعية على النحو التالي :

معدلات الذكاء في حالات الإصابة بالإعاقة السمعية أعلى من نظيرتها في حالات التوحد.

حالات الإعاقة السمعية لها القدرة على تكوين علاقات اجتماعية عكس أطفال التوحد.

يميل أطفال التوحد إلى الانسحاب الاجتماعي والانزعاج من الروتين بشكل أساسي مقارنة بالأطفال المعاقين سمعياً.

يمكن للطفل التوحدى تحقيق تواصل لفظي بينما لا يستطيع الأصم.

يسهل تشخيص اضطراب الإعاقة السمعية بالفحص الطبي لأجهزة السمع والكلام بينما توجد صعوبة في تشخيص التوحد نظراً لعدم وجود أدوات مقننة لهذا الغرض.

ثالثاً التوحد والفصام Autism & Schizophrenid:

قديماً كان يعتقد أن هناك تشابه بين التوحد والفصام ولكن مع إجراء العديد من الدراسات تبين أن هناك فروقاً بينهم. فيشير ريملاند Rimland إلى أسباب رئيسية لتفسير التعارض في تشخيص كل من التوحد والفصام وهي :-

القدرة الشديدة في حالات التوحد التي جعلت الأمر يبدو أحياناً مستحيلاً بالنسبة لكثير من الدارسين في الحصول على حالات واضحة ومحددة.

شيوع الاعتقاد بأن معظم اضطرابات الطفولة هي اضطرابات نفسية.

أن الواقع الحالي في عمليات تصنيف الأمراض النفسية وتشخيصها لا يزال غير مرضٍ. (شاكر قنديل : ٢٠٠٠:أ : ٥٨).

لذلك يشير برونو (Bruno , 1993 : 29) و فريث (Frith , 2003 : 68 – 69) إلى ضرورة التمييز بين الأوتيزم والفصام في وقت مبكر ، حيث كان يعتقد أنهما متماثلان إلا أن الفصام في الطفولة يحدث بعد فترة من النمو الطبيعي كما أنه يوجد لهم ضلالات وهلاوس ، أما الطفل التوحدى فلا يعاني من ذلك.

وقد أشار عبد الرحمن سليمان (٢٠٠١ : ١٢٦) أن هناك فروقاً بين الاضطرابين تتمثل في :-

الطفل التوحدى غير قادر على استخدام الرموز بالمقارنة بالفصاميين.

ضعف النمو الاجتماعي عامة لدى الطفل التوحدى أكثر من الفصامي.

يبدأ ظهور التوحد قبل سن عامين ونصف بينما الفصام يبدأ في عمر متأخر من الطفولة أو مع بداية المراهقة.

عدم وجود هلاوس وهذيانات لدى الأطفال التوحديون بينما يكثر وجودها لدى الفصامي.

ضعف النمو اللغوي عامة لدى الأطفال التوحديون أكثر من الفصاميين.

ضعف النمو الانفعالي عامة لدى الأطفال التوحديون أكثر من الفصاميين.

وقد لخص (ريملاند Rimland) الفرق بين كل من فصام الطفولة والتوحد كما في الجدول الآتي :

جدول رقم (٢)

الفرق بين كلاً من فصام الطفولة و التوحد

المظاهر الإكلينيكية	فصام الطفولة	التوحد
بداية ظهور المرض	بشكل تدريجي وبين عمر سنتين إلى ١١ سنة بعد فترة نمو طبيعية	ظهوره تدريجياً بعد الولادة بثلاثين شهراً
المظاهر الاجتماعية	اهتمام منخفض مع الآخرين ، وانسحاب ، وفقدان التواصل ، علاقات معاقة مع الآخرين	الفشل في إظهار حركات إيمائية متوقعة ، إصرار على التماثل ، البقاء في عالمه الخاص حتى عندما يكون معه الآخرون
المظاهر المعرفية والذهنية	اضطراب التفكير ، تشوه في التوجيه المكاني والزماني ، ومتوسط متدني في الذكاء ، مشكلات إدراكية	قدرة مكانية عالية ، ذاكرة جيدة ، ذكاء متعدد
الانفعالات	عيوب الاستجابة الانفعالية ، الانفعالات غير المناسبة ومشوهة ، ومتدنية.	عدم الاستجابة انفعاليا للآخرين ، ولكن بالتدريب يمكن أن يستجيب لبعض الانفعالات البسيطة مثل التقليد (الابتسامة – الضحك – السرور) من خلال تعبيرات الوجه

اللغة	اضطراب في الكلام ، بكم أو الكلام غير المستعمل في التواصل	اضطراب في الكلام ، بكم أو الكلام غير المستعمل في التواصل ، حرفية ، مصاداة ، عكس الضمائر.
الحركة	حركات جسمية غريبة ، حركات نمطية وتكرارية وتشوه في الحركة أو التنقل	تمايل الجسم والرأس ، انشغال بالأشياء الميكانيكية ، وحركات نمطية وتكرارية.
الأنماط الحركية والجسمية	نمو جسمي غير معتاد أو اضطراب الأنماط الإيقاعية ، التخطيط الكهربائي للدماغ EEG شاذ	عادات تناول طعام شاذة ، وتفضيل أطعمه معينة ، التخطيط الكهربائي للدماغ EEG طبيعية ، مستوى ذكائي وتربوي ، ومهني وانفعالي أفضل.

(Rimland , 1994 : 543)

ومن خلال ذلك أكدت العديد من الدراسات مثل دراسة عبد الرحيم بخيت (٢٠٠١) ودراسة عبد الرحمن سليمان (٢٠٠٢) ، دراسة جمال تركي (٢٠٠٤) يؤكد الفروق بين الفصام و التوحد وتؤكد ذلك أيضاً دراسة محمود حمودة (١٩٩١ : ٥١) حيث قرر أن الإصابة بالفصام نادراً ما تحدث في الطفولة بينما المصابين بالتوحد قد يكون لديهم عديد من الأعراض السالبة للمرحلة المتبقية من الفصام مثل الانسحاب – السلوك مفرط الغرابة – الوجدان المتبلد غير المناسب وغرابة اللغة ، والآلية المتكررة للأفعال.

رابعاً :- التوحد واضطراب التواصل Communication Disorders:

يرى عديد من الباحثين أنه من الممكن أن نتوقع وجود تشابه بين إعاقة التوحد واضطراب التواصل. ذلك أن اضطرابات اللغة والكلام والجوانب المعرفية هي مظاهر أساسية في تشخيص إعاقة التوحد وبسبب هذا التشابه فإنه يتم الخلط أحياناً بين إعاقة التوحد وهذا الاضطراب.

ويقول علاء كفافي (٢٠٠١ : ١٤) أن اضطراب اللغة سواء في اللغة التعبيرية أو في اللغة الاستقبالية – التعبيرية المختلط فإنه يكون هناك عطب في استخدام اللغة ، ولكنه يكون مصحوباً بوجود تضرر كبير في كيفية التفاعل الاجتماعي والأنماط المحددة والمكررة من السلوك التي نجدها في الاضطراب التوحدى.

وتميز آمال باظه (٢٠٠١ : ٧٦) بين أطفال التوحد وذوي اضطراب التواصل حيث يبدي أطفال التواصل تواصلاً بالإيماءات وتعبيرات الوجه للتعويض عن مشكلات الكلام ، بينما أطفال التوحد لا يظهرون تعبيرات انفعالية مناسبة.

ويوضح عبد الرحمن سليمان بعض الفروق بين اضطراب التوحدواضطرابات التواصل كما يلي :-

يظهر التوحديون وذوو اضطرابات النطق والتواصل إعادة الكلام وترديده ، غير أن التوحديون يتميزون بترديد أواخر الكلمات بدرجة أكبر.

يظهر الطفل التوحدى تعبيرات انفعالية مناسبة أو وسائل غير لفظية مصاحبة ، بينما ذوو اضطراب التواصل يمكن تحقيق التواصل بالإيماءات وتعبيرات الوجه وذلك تعويضاً عن مشكلة الكلام.

يعجز الأطفال التوحديون عن استخدام اللغة كأداة للتواصل ، بينما يتعلم الطفل ذو اضطراب التواصل معاني ومفاهيم اللغة الأساسية لمحاولة التواصل مع الآخرين (عبد الرحمن سليمان ، سميرة محمد سند ، إيمان فوزي سعيد : ٢٠٠٤ : ٨٠)

خامساً :- الاضطرابات النمائية الأخرى:

تشمل هذه الاضطرابات الاضطراب التوحدى ، اضطراب ريت ، اضطراب الطفولة التفككي ، اضطراب اسبرجر ، اضطراب النمو الشامل ، وهذه الاضطرابات تتميز عن اضطراب التوحد من حيث البداية العمرية وشدة الأعراض الأخرى. (Scheuermann & Webber , 2002 : 11).

(١) اضطراب اسبيرجر Aspergers syndrome :-

اكتشف هذا الاضطراب هانز اسبرجر Asperger عام ١٩٤٤ واعتبره أحد اضطرابات الشخصية وكان يتشابه في أعراضه مع بعض أعراض التوحد ، حيث إن اكتشافات اسبرجر ظهرت في نفس الوقت الذي أعلن فيه كانر عن ملاحظاته للأطفال ذوي التوحد وقد أطلق اسبرجر على الاضطراب الذي اكتشفه اسم المرض النفسي الأوتيستي Autistic psychopath واعتبره حالة مخففة من التوحد.

ويقول عادل عبد الله (٢٠٠٥ : ٢٣٢) أن البعض يطلق على هذا الاضطراب اسم اضطراب التوحد ذي المستوى المرتفع من الأداء الوظيفي ويتسم بوجود خلل في التفاعلات الاجتماعية ووجود أنشطة واهتمامات مقيدة ومحددة جداً ، مع عدم وجود تأخر عام دال من الناحية الكلينيكية في اللغة ، وتتراوح نسبة ذكاء الفرد في هذا الاضطراب بين المتوسط إلى المرتفع ، وربما المرتفع جداً ، حيث من الملاحظ أن هذه الفئة تضم أطفالاً موهوبين.

ويأتي تشخيص متلازمة اسبرجر في مرحلة متأخرة عن التوحد ، أي في الطفولة المتأخرة والمراهقة وهذا يعني أن الحالة أخف ويمكن أن تغفل في مرحلة مبكرة من النمو ومع ذلك فإن تأثيرات الحالة ليست بالضرورة أن تكون بسيطة بل أنها تصبح أكثر ملاحظة مع زيادة السن. (Frith , 2003 : 11)

وغالباً ما يتساءل الوالدان إذا ما كان اضطراب الأسبرجر نفسه المستوى الوظيفي العالي من التوحد، وتشير الدراسات البحثية إلى الإجابة بالنفى على هذا السؤال وأنه يوجد اختلاف أساسي بينهما وهو أن الأطفال ذوي الاسبرجر عادة ما يملكون مستويات لفظية وغير لفظية للذكاء متقاربة ، بينما الأطفال التوحديون ذوو الوظيفة الأعلى يملكون ذكاء غير لفظي أعلى بشكل واضح من الذكاء اللفظي.(Siegel , 1996 : 21).

ويذكر شيورمان وويبر (Scheuermann & Webber , 2002 , 11) أن الطلاب ذوي المستوى الوظيفي العالي للتوحد أو اضطراب اسبرجر قد يحصلون على متوسط أو فوق المتوسط في اختبارات الذكاء وقد يكون لديهم مهارات شفوية إلى حد كبير ، وبالرغم من ذلك فإنهم قد يتواصلون بشكل ضعيف ، لديهم عدد ضئيل من الأصدقاء ، يصابون بالغضب والضيق إذا ما تم خرق النظم المعتادة ولديهم مهارات حركية سيئة بما فيها الكتابة ، وقد يظهرون سلوكيات نمطية.

و يرى الباحث أن اضطراب اسبيرجر يعد اضطراباً نمائياً شائعاً يتميز بأنه أخف بدرجة كبيرة من التوحد من حيث شدة الإعاقة وأيضاً بقصور واضح في التفاعل الاجتماعي وأنماط تكرارية من السلوك ويختلف هذا الاضطراب عن اضطراب التوحد في عدم وجود تأخر عام في اللغة.

(٢) اضطراب ريت Retts Disorder :

زملة ريت هي إحدى إعاقات الطفولة ، اكتشفها العالم ريت Rett عام ١٩٦٦ وهي خلل عميق في المخ يظهر لدى البنات في صورة حركات تكرارية لليد وقصور في المهارات اللغوية والاجتماعية ، وهذا الاضطراب من أشد إعاقات النمو تأثيراً على مخ الطفل.

ويتفق من عادل عبد الله (٢٠٠٢ : ٢١٦) ، سهى أمين (٢٠٠٢ : ٣٦) أن زملة ريت هي اضطراب يصيب الإناث فقط ، ويظهر في صورة سلوك يشبه التوحد حيث اختلال في نمو الرأس ومشاكل في تناغم العضلات ومشكلات في حركات أو استخدام اليد متمثلة في عدم القدرة على الكتابة أو الحركة. ويبدأ ذلك في السن من ١ – ٤ سنوات.

جدول رقم (٣) التشخيص الفارق بين التوحد والريت

الريت	التوحد
(١) يبدي المصاب تدهوراً واضحاً تدريجياً مع التقدم في العمر	**(١) قصور النمو موجود وظاهر بعد الميلاد**
(٢) اضطراب وعشوائية ونمطية حركة اليد عرض مميز	**(٢) غالباً لا توجد وإذا وجدت فهي غالباً نتيجة عادات مكتسبة**
(٣) غياب التوازن – ترنح في المشي – غياب التناسق الحركي	**(٣) الوظائف العضلية الكبيرة سليمة**
(٤) فقدان تام للوظائف	**(٤) قد يوجد اضطراب في استخدام اللغة ولا تفقد حصيلتها**
(٥) اضطرابات التنفس أحد الأعراض الرئيسية	**(٥) اضطرابات التنفس نادرة أو لا توجد**
(٦) التدهور في محاور النمو عرض أساسي حتى يصل في مرحلة البلوغ إلى عمر ٦ – ١٢ شهراً على المحور اللغوي	**(٦) ثبات في مهارات محاور النمو المختلفة دون تدهور**
(٧) نوبات الصرع تظهر مبكراً في ٧٥% من الحالات عنيفة متكررة ويصاحبها إفرازات فمية	**(٧) نوبات الصرع قليلة أو نادرة وإذا ظهرت ففي مرحلة المراهقة**

(عثمان فراج ، ٢٠٠٠ ، ١٢)

(٣) اضطراب الطفولة التفككي :- Childhood Disintegrative Disorder:

يتميز بالنمو الطبيعي في أول عامين من حياة الطفل ثم يحدث فقدان في المهارات السابقة اكتسابها في التعبير والفهم اللغوي والتكيفية في التحكم في التبول والتبرز واللعب والمهارات الحركية. (عمر بن الخطاب ، ٢٠٠١ ، ٢٠)

ويرى حسن عبد المعطي (٢٠٠٣ : ٥٧٩) أن اضطراب عدم التكامل في الطفولة يتميز عن التوحد بفقدان النمو السابق اكتسابه قبل بداية عدم تكامل الطفولة ، حيث تكون اللغة قد تقدمت إلى مستوى تكوين الجمل وهذا يختلف عن التوحد الذي تزيد اللغة فيه عن كلمات مفردة أو عبارات قبل تشخيص اضطرابه وأن الأطفال المصابين بعدم التكامل من المحتمل ألا تكون لديهم قدرات لغوية بخلاف لغوية التوحديون.

و يرى الباحث أن اضطراب الطفولة التفككي يختلف عن اضطراب التوحد في عمر بداية الاضطراب الذي يظهر في مرحلة مبكرة من عمر الطفل في حالة التوحد بينما يظهر متأخراً ويسبقه فترة من النمو الطبيعي في حالة اضطراب الطفولة التفككي.

(٤) التوحد والاضطراب النمائي غير المحدد في مكان آخر:

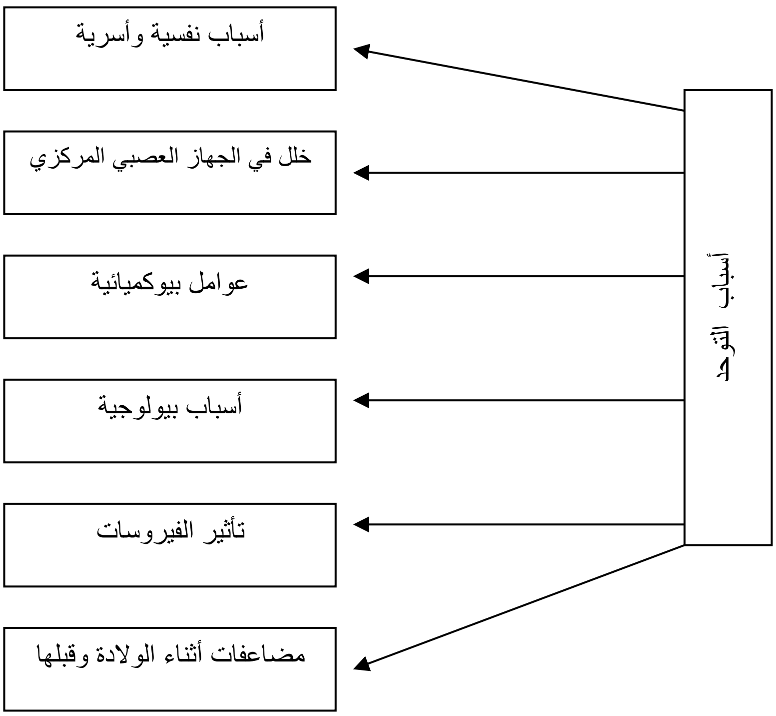
يشير هارتمان وآخرون Hartman et al (٢٠٠٦ : ٣٢٥) إلى أنه طبقاً للدليل التشخيصي والإحصائي DSM – IV – TR (٢٠٠٢) فإن هذا الاضطراب يتم تشخيصه لدى الطفل عندما يعاني من إعاقة شديدة وشاملة في نمو التفاعل الاجتماعي التبادلي والمرتبطة بالإعاقة في كل من مهارات التواصل اللفظي وغير اللفظي ، مع وجود السلوك النمطي والأنشطة والاهتمامات النمطية دون التوصل إلى المحك الخاص بإحدى الاضطرابات النمائية الشائعة أو اضطراب الشخصية التجنبي.

ويقول خالد عبد الله (٢٠٠٤ : ٢٠٢) أن هذا الاضطراب يشار إليه عادة على أنه اضطراب توحدى غير نمطي أو غير نموذجي ، ويتم تشخيص الحالة على هذا النحو عندما لا تنطبق على الطفل تلك المحكات الخاصة بتشخيص معين ، مع وجود خلل أو قصور شامل وشديد في عدد من السلوكيات المحددة.

ومن خلال ما تم عرضه يرى الباحث أن هناك تداخل وتشابه كبير بين اضطراب التوحد وبين حالات الإعاقة الأخرى ، مما يؤدي إلى الحيرة والارتباك في تشخيص الحالة تشخيص سليم ودقيق. لذا يلزم الملاحظة الدقيقة من قبل المهتمين بهذا الطفل حتى تتم عملية تشخيص صحيحة تساعد على تحديد طرق العلاج المناسبة له.

٤-١ أسباب اضطراب التوحد :

نجد عدم الاتفاق التام على سبب واحد لحدوث الإصابة بالتوحد.



شكل رقم (١)

بالرغم من تعدد الدراسات والبحوث التي تحاول تحديد الأسباب المؤدية إلى اضطراب التوحد إلا أنه لا يوجد سبب معروف ومتفق عليه لاضطراب التوحد إلا أن البحوث والدراسات التي تناولت هذا الجانب مثل دراسة رشاد موسى (٢٠٠٢) ، سوسن الحلبي (٢٠٠٥) ، عمر بن الخطاب (٢٠٠٥) ، ماجد عمارة (٢٠٠٥) ، محمد خطاب (٢٠٠٥) أشارت إلى أنه ينشأ من مشكلات وعوامل عديدة منها العوامل النفسية ، البيولوجية ، الكيميائية والوراثية و الجينية وسوف يعرض الباحث هذه العوامل كالتالي :-

١- العوامل النفسية والأسرية Psychological Factors:

يرى البعض أن أسباب الإصابة بالتوحد ترجع إلى تفاعلات الطفل مع الآباء حيث يوضح كانر أن علاقة الآباء غير المستجيبة والباردة مسئولة عن نمو إعاقة الأوتيزم. (Sue , et al , 1994: 504)

وتتفق وفاء الشامي : (٢٠٠٤) ، لورنا وينج (١٩٩٤ : ٦٣) أن أباء الأطفال المصابين بالتوحد يتسمون بالبرود الانفعالي والعزوف عن الآخرين والميل إلى النمطية ، ونتيجة لهذا الجمود العاطفي والانفعالي في شخصية الوالدين يؤدي إلى عدم تمتع الطفل بالاستثارة اللازمة من خلال العلاقات الداخلية في الأسرة ، حيث أن سبب التوحد ناتج عن خلل تربوي من الوالدين ووضع اللوم بشكل أساسي على الأم حيث كان يطلق عليها سابقاً " الأم الثلاجة ".

ويرى كوهين وبانزيكن (٢٠٠٠) ، كايل ونيلسون : Kail & Nelson , 1993 : 442 أن النظريات النفسية المفسرة لهذا الاضطراب لم تعد مقبولة في الوقت الحالي ، فبالرغم من أن كثيراً من أباء الأطفال التوحديون ذوو ذكاء مرتفع وطبقات اجتماعية عالية ، إلا أن هذا الاضطراب يقع في جميع مستويات الذكاء والطبقات الاجتماعية.

ولقد حدد دينيس وكانتويل Dennis & Cantwell العوامل الأسرية التي تساهم في خلق وإيجاد التوحد في أربعة عوامل رئيسية هي :

اضطراب نفسي عند الوالدين أو انحراف في الشخصية.

درجة ذكاء الوالدين والطبقة الاجتماعية.

ضغوط قاسية عنيفة وأحداث مصدمة في بداية حياة الطفل.

انحراف في التفاعل بين الوالدين والطفل. (نادية إبراهيم : ٢٠٠٢ : ٦٨ – ٦٩)

بالرغم من أن كانر قد استنتج أن هؤلاء الأطفال يجيئون للعالم غير قادرين بيولوجياً على القيام باتصال فعال ، إلا أن التعليقات التي حددت عمله كانت في الأغلب نتاج ملاحظته لعينة من أطفال التوحد ، حتى أنه كان هنالك عدد من الآباء والأمهات ذوي القلوب الحنونة إلا أن الملاحظات أدت إلى تهيئة الجو للاعتقاد بأن هذه الحالة هي ناتجة عن الآباء الباردين ، وبالرغم من الأبحاث الحالية أثبتت خطأ هذا الاعتقاد ، وأشارت مباشرة إلى الأسباب العضوية ، فإن العديد من الآباء مازالوا يحاولون التغلب على الشعور بالذنب الناتج عن اللوم الداخلي. (Scheu ermaan & Webber , 2002 : 2)

وفي هذا السياق يرى صلاح عراقي (٢٠٠٦ : ٢٢٣) ، وليام كرين (١٩٩٦ : ٣٤٥) أن ما يتوقعه الأطفال وما ينتظرونه من أسرهم وبيئتهم أثناء عملية التنشئة الاجتماعية ، مراحل النمو المختلفة إنما يلعب دوراً هاماً في كيفية إدراك الأطفال للمناخ الانفعالي داخل أسرهم ، وفي كيفية تفسيرهم وإدراكهم لجوانب الحياة المختلفة وهذا السياق الأسري يوفر متطلبات النمو الملائمة ، وأنماط التعلق الوالدي الآمن بين الطفل ووالديه ، والتفاعلات الإيجابية بين أعضاء الأسرة ، وشبكة العلاقات الاجتماعية ، والتي تلعب جميعها – دوراً حاسماً في تيسير النمو الاجتماعي والمعرفي والانفعالي والعقلي للأطفال.

ومن الدراسات السابقة التي اهتمت بالعوامل النفسية والأسرية دراسة عمر بن الخطاب (١٩٩٣) ، (Ibnel Khatab: 93) التي أشارت إلى عدم وجود فروق بين شخصية أباء الأطفال التوحديون وأباء الأطفال الأسوياء والتي توصلت إلى عدم وجود فروق دالة بين خصائص شخصية أباء الأطفال التوحديون وأباء الأطفال الأسوياء وفقاً لنتائج استخبار أيزنك للشخصية.

أيضاً هناك دراسة لمورينو (Moreno , 1995) التفصيلية عن فهم التوحد من خلال التفسير الأبوي للتوحد على عينة من ١٠ أباء أسبانيين لأطفال التوحد (سبع أمهات وثلاثة آباء) وكانت أعمار أطفالهم من (٣ – ١٥) عاماً ، ويتضح من الدراسة الصعاب والمشاعر التي يواجهها الآباء في محاولة تقبل حالة أطفالهم ، ووجهات النظر المستحدثة عن هذا الاضطراب ، وكيف أن الأسرة ككل تأثرت بوجود التوحد ، وأن الأمهات هن أكثر من تأثر بشدة.

كما كانت دراسة قام بها ديسانيكي و كروسلي عن استجابات الأطفال التوحديون للانفصال والانضمام مرة أخرى لأمهاتهم ، والتي تمت على عينة من ١٦ طفلاً توحديا، ١٦ طفلاً سوياً و ١٦ طفلاً ذوي أعراض منخفضة التزامن على ثلاث جلسات ، ولم توجد أي اختلافات بين المجموعات في استجاباتها السلوكية أثناء الفصل وإعادة الضم ، مما يدل على أن غياب العلاقات العائلية الدافئة ليست هي السبب الأساسي في الإصابة باضطراب التوحد .

ومن خلال هذه الدراسات يجد الباحث أن العوامل النفسية والأسرية لاضطراب التوحد لم تؤكدها البحوث الحديثة حيث أكدت على عدم وجود مبرر يسمح للوالدين بأن يعتقدوا بأنهم السبب في إصابة الطفل بالتوحد فنجد أن هناك كثيراً من الأطفال قد فقدوا والديهم وعلى الرغم من ذلك لم يصيبوا بالتوحد.

فبذلك نجد أن مشاعر الآباء تجاه أبنائهم المصابين بالتوحد ليست العامل الأساسي للإصابة وإنما قد تهيئ لحدوث الاضطراب بالإضافة إلى عوامل أخرى.

(٢) العوامل البيولوجية :

بدأت الدراسات تتجه إلى العوامل البيولوجية كسبب لاضطراب التوحد وذلك بسبب ما تم نشره عن النظريات النفسية بأنها لم تعد تفسر أسباب هذا الاضطراب وأيضاً بسبب ما يظهر على الأطفال التوحديون من معاناة في أنواع مختلفة من الإعاقة البيولوجية ، هذا ما أكدت عليه دراسة سميرة السعد (١٩٩٨ : ١٣٥).

دراسة رفعت بهجات (٢٠٠٧ : ٤) أن أسباب إعاقة التوحد ترجع إلى مشكلة بيولوجية وليست نفسية فقد تكون الحصبة الألمانية أو ارتفاع الحرارة أثناء الحمل أو تلفاً في المخ أثناء الحمل أو الولادة.فيما يلي عرض لهذه الأسباب :

أ- عوامل جينية :

تقول فريث (Frith : 2003 : 70): أن العلماء يعتقدون أن للتوحد أساساً جينياً ودراسات التوائم والدراسات العائلية تمدنا بدليل قوي على ذلك ، ولا زال الباحثون يحاولون إيجاد الجينات المسببة في العائلات ، والتي تجعل أحد أعضائها أو أكثر توحديون ، بالرغم من أنه من النادر أن يوجد في العائلة أكثر من طفل واحد مصاب بالتوحد.

وفي دراسة كارون (Caron , 1994) ودراسة زونالللي وداجت (Zonalli & Dagett , 1998) أشارت إلى أن هناك ارتباط بين هذا الاضطراب وبين كروموسوم يسمى كروموسوم " أكس الهش " ، فهذا الكروموسوم مسئول عن حدوث خلل في الناحية العقلية حيث يؤدي إلى التخلف العقلي ويدخل الكروموسوم بنسبة ٥ : ١٦% في كل الحالات ويوضح أن هذا الارتباط يجد زيادة عدد الأولاد عن البنات في الإصابة بالتوحد .

تتفق دراسة ميشا ولوجيا (1997) Micha & Lwgia مع دراسة ليكوتير وآخرون (Lecouteur , et al : 1996) التي توضح نتائجها للتوائم التوحديون حيث تم دراسة ٢٨ زوجاً من التوائم المتماثلة أحادية الزيجوت ، و ٢٠ زوجاً من التوائم ثنائية الزيجوت من نفس النوع ، حيث يكون أحد التوأمين أو كلاهما توحدياً ، أما التوأم الملتصق غير التوحدى كان من الشائع وجود قصور في اللغة في الطفولة وقصور اجتماعي مستمر حتى البلوغ وتوصلت الدراسة إلى أن اضطراب التوحد كانت نسبته أكبر في الأزواج المتماثلة أحادية الزيجوت ، أكثر من الأزواج ثنائية الزيجوت مما يشير إلى عنصر وراثي قوي.

ب- عوامل عضوية :

يقول رشاد موسى ، ٢٠٠٢ : ٤٠٨) أنه ثبت ارتفاع معدل الاضطرابات العضوية لدى الأطفال المصابين بالتوحد مقارنة بالعاديين ، وتظهر هذه الاضطرابات في رسم المخ الكهربائي أو الأشعة المقطعية بالكمبيوتر.

وتشير دراسة إيدلسون Edelson , 1998 أنه من خلال فحص أدمغة الموتى من التوحديون تم تحديد منطقتين في الجهاز الطرفي Limbicsystem كانتا أقل تطوراً وهما اللوزة Amygdala والحصين (حصان البحر) Hippocampus هاتان المنطقتان مسئولتان عن العواطف والعدوان والمدخل الحسي والتعلم ، كما وجد أيضاً نقص في خلايا بركنج Purkinje cells في المخيخ باستخدام التصوير بالرنين المغناطيسي Magnetic Resonance Imaging كما وجد أن منطقتين في المخيخ والفصيصات الفرمية Vermal Lobules كانتا أصغر بدلالة إحصائية عن الأسوياء.

وتشير الدراسات الأولية إلى إمكانية أن يكون الكروموزوم رقم ١٣ هو المحدد للأوتيزم بينما تشير دراسات متشابهة إلى الخلل في كروموزوم رقم ٧ والمرتبط كذلك بقصور اللغة والحديث ، ويوجد عدد من الاختبارات الأخرى التي تدعي وجود حوالي ٢٠ جيناً مختلف مرتبط بالتوحد(Brill,2001 : 18).

من هنا نجد أن الأسباب البيولوجية للتوحد جاءت من خلال الدراسات التي اهتمت وزادت الدراسة للاهتمام بالاضطراب وذلك بعد ما جاء عن العوامل النفسية وظهرت هذه العوامل لتتعارض مع العوامل النفسية ، حيث تؤكد النظرية البيولوجية على أن السبب للتوحد هو اضطراب غير طبيعي وشديد في الدماغ نتيجة انتقال الجينات من الأهل إلى الطفل أو نتيجة تأثيرات على الدماغ مثل الإصابة بالحصبة الألمانية أو انخفاض وزن الجنين وقد دعم هذه وجود التوحد مترافقاً مع أعراض عصبية أو عقلية ، ومن خلال ذلك نجد أنه لا يوجد دراسات وافية في هذا الشأن ولا يوجد سبب وحيد معروف لحدوث التوحد .

(٣) العوامل البيوكيميائية Biochemical Factors:

أشارت البحوث إلى علاقة التوحد بالعوامل الكيميائية العصبية وبصفة خاصة إلى اضطرابات تتمثل في خلل أو نقص أو زيادة في إفرازات الناقلات العصبية.

يوضح عثمان فراج (٢٠٠٣ : ٧) أنه قد زاد الاهتمام بالعوامل البيئية الكيميائية بعد الضجة التي أثيرت في أوائل التسعينات عندما اكتشف أن عقار الثالومين الذي كان يستخدم بكثرة بين النساء لتثبيت الحمل كان سبباً لولادة أطفال يعانون من تشوهات جسمية أو تخلف عقلي أو صمم ، أو كف بصر بعد ولادتهم ، وتبين أن ٥% من ضحايا هذا العقار قد أصيبوا بالتوحد، حيث تبين أن تأثير الثالومين يحدث في الأسابيع أو الأيام الأولى للحمل إذا تعاطته الأم بعد الإخصاب بفترة وجيزة ، وقد لا تكتشف الأم أنها حامل عند تناولها هذا الدواء في الأيام الأولى للحمل ، حيث يكون الجهاز العصبي في مرحلة بدء تخلقه (٢٠ – ٢٤) يوماً من بدء الحمل.

ويتفق كلاً من كامبل وآخرون Campell , et al (١٩٩١ : ٣٤١) ، لويس مليكة (١٩٩٨ : ١٨٥) أن معظم الدراسات اتفقت على أن مستوى السيروتوثين في الدم أعلى لدى الأطفال التوحديون مقارنة بالأسوياء حيث يوجد علاقة عكسية بين معدل بلازما السيروتونين في الدم والوظائف العقلية لدى ذوي اضطراب التوحد حيث ترتفع معدلات السيروتونين في الدم ، ويوجد نقص في سائل النخاع الشوكي وازدياد في حمض الهموفونانيليك لدى الأطفال ذوي التوحد.

ويستخلص كل من عثمان فراج (٢٠٠٣ : ١٢) وعادل عبد الله (٢٠٠٤ : ١٧٣ - ١٧٤) مجموعة من العوامل البيئية والعصبية والكيميائية التي قد تلعب دوراً ملحوظاً في حدوث اضطراب التوحد من أهمها :- التلوث الكيميائي وخاصة بمركبات المعادن الثقيلة كالرصاص والزئبق والزرنيخ.

أحد صور التمثيل الغذائي مثل حالات PKU ، أو مرض السكري.

خلل أو قصور في الجهاز المناعي.

إصابة بكتيرية أو فيروسية ، مثل التهاب الغدد النكافية ، أو التهاب الكبد الوبائي أو الأيدز ، أو نقص المناعة المكتسبة أو إصابة الأم بالحصبة الألمانية.

تعرض البويضات أو الحيوانات المنوية قبل الحمل للمواد الكيماوية أو للإشعاعات.

التلوث الإشعاعي أو التعرض للأشعة سواء الأشعة السينية (×) ، أو التسرب الإشعاعي ، أو استخدام النفايات النووية في الأسلحة التقليدية.

التعرض للأمراض المعدية ، خاصة تعرض الأم الحامل لها ، وإصابتها بها ، أو تعرض الطفل لها في بداية حياته أو خلال عامه الأول.

وتهدف دراسة بيريل ٢٠٠١ (Brill , 2001 : 17)إلى أن إحدى النظريات لتوضيح المشكلات المتعلقة بهضم الجنين والموجود في أغلب الحبوب والمنتجات المصنعة منها ، والكازين الموجود في منتجات الألبان ، والأطفال الذين يعانون من هذا النوع من الحساسية يمتصون المواد المغذية الموجودة فيها بشكل خاطئ مما يسمح للعصارات الهاضمة (البيتبايد) بالهروب إلى مجرى الدم والوصول إلى المخ ، وتحاكي البينيتدات الهرمونات وانتقالاتها من المخ ، مما يتعارض مع نمو وتطور المخ.

وتتفق زينب شقير (٢٠٠٤ مجـ١ ، ط٢) ، جمال القاسم وآخرون (٢٠٠٠ ، ط١) أن تزيد احتمالية ولادة طفل توحدى في حالات الولادة المتعسرة أو المعقدة وتجدد الإشارة إلى أن تلك الأسباب لم يتم تأكيد أي منها بشكل علمي قاطع حتى هذا اليوم لاعتيادها مسبباً أساسياً في حدوث وجود حالة توحد.

يرى أديلسون Edelson (1998) في دراسته أنه لا يوجد برهان علمي حتى الآن عن التأثير البيئي على التوحد رغم أن انتشار السموم في البيئة يمكن أيضاً أن يؤدي إلى حدوث اضطراب توحد ، حيث وجد معدل عالي للسموم في بلده صغيرة تسمى ليومينستر Leomenster تابعة لولاية ماساتشوستس حيث يوجد مصنع نظارات شمسية ، وجد أن أعلى نسبة لحالات اضطراب التوحد كانت في المنازل التي تهب بها رياح دخان هذا المصنع.

وبالنظر إلى الأسباب السابقة يرى الباحث ما يلي :

أنة إلى الآن لا توجد أسباب واضحة قاطعة للإصابة بالتوحد حيث يختلف العلماء في تحديد الأسباب فمنهم من يرجعها إلى عوامل جينية وراثية حيث يكون لدى الطفل من خلال جيناته قابلية للإصابة بالتوحد وهناك عوامل خارجية أيضاً كتلوثات البيئة مثل المعادن السامة كالزئبق والرصاص واستعمالات المضادات الحيوية بشكل مكثف أو تعرض للالتهابات أو الفيروسات وضعف التغذية بشكل عام ، ضعف المناعة وزيادة الحساسية ونقص مضادات الأكسدة ، نقص الأحماض الدهنية ونقص قدرة الجسم على التخلص من السموم والمعادن السامة.

١-٥ خصائص وسمات الأطفال التوحديون :

يختلف الأطفال التوحديون فيما بينهم في الخصائص التي يظهرونها ، وهذه الخصائص متباينة بشكل كبير بين طفل وآخر ، ويمكن تلخيص هذه الخصائص فيما يلي :-

(١) الخصائص الاجتماعية:

يرى كل من روبل Ruble (٢٠٠١ : ٤٧٢) ، ولونجينكر Longenecker (٢٠٠٢ : ١١) ، وكاربنتر وآخرين Carpenter et al (٢٠٠٢) أن اضطراب النمو في الجوانب الاجتماعية إنما يمثل المشكلة الجوهرية لدى أطفال التوحد، وتستخدم هذه الإعاقة بصورة جوهرية في تعريف زملة أعراض هذا الاضطراب وتعتبر على المستوى الكمي والكيفي مختلفة عن الأعراض الملاحظة في اضطرابات الطفولة الأخرى ، ويتم تحديد الإعاقة الاجتماعية بأنها الافتقار إلى المهارة الاجتماعية والفهم الاجتماعي ، كما أن الأطفال ذوي اضطراب التوحد يخبرون بعض الرغبة الاجتماعية والتعلق الانفعالي ، إلا أنهم يواجهون مشكلات في تعلم التفاعلات الاجتماعية وفي الاستجابية وفي المبادأة وفي إمكانية التفاعلات الاجتماعية التبادلية ، وفي التواصل بدقة وكفاءة مع الآخرين وفي تفسير وجهات نظرهم.

وقد أكد كانر Kanner (١٩٤٣) ، وباري وآخرين Barry et al (٢٠٠٣) على أن السمة الرئيسية في اضطراب التوحد هي الضعف والانحراف على المستوى الاجتماعي ، حيث يعد انحراف النمو الاجتماعي عن المسار الطبيعي من أبرز الملامح المميزة لهذا الاضطراب ، فمعظم أطفال التوحد قليل التفاعل الاجتماعي وغالباً ما يوصفون على أنهم في معزل عن الآخرين ، وفي بعد عن المجتمع الذي يعيشون فيه.

ويوضح كل من جولدشتين وثيمان Goldstion & Theiman (٢٠٠٠) ، والين وآخرين Whalen et al (٢٠٠٦ : ٦٦٢) ، و نوريس وداتيلو Norris & Daltilo (١٩٩٩) أن العجز الرئيسي الذي يواجهه الأطفال ذوو اضطراب التوحد على المستوى الاجتماعي هو فقدان الفهم الاجتماعي ، والذي يتمثل في فقدان القدرة على إعزاء المشاعر والانفعالات للآخرين وللذات ، حيث تنقص الأطفال التوحديون القدرة على مشاركة الآخرين التجارب والسلوكيات ، حيث تقتصر العلاقة مع الآخرين على تلبية الاحتياجات الضرورية لهم إذا أرادوا ، وأنهم لا يستطيعون التعبير عن المشاعر الأساسية كالحزن والفرح وهذا نتيجة عدم قدرتهم على الانتباه وصعوبة التقليد.

ويرى بيرسون وميتشيل (Parsons & Mitchell) (٢٠٠٢ : ٤٣) أن الإعاقة التي تظهر لدى الأطفال التوحديون في المجال الاجتماعي تؤدي إلى الانسحاب الاجتماعي وصعوبة تحقيق صداقات وعلاقات والاحتفاظ بهذه الصداقة . ولقد قامت العديد من المحاولات لتحسين المهارة الاجتماعية لهؤلاء الأطفال ، وزيادة التقبل من جانب الأقران والمحيطين به ، حيث تقوم الأساليب المعرفية الأكثر حداثة لتعليم المهارات الاجتماعية للأطفال ذوي اضطراب التوحد على افتراضات نظرية العقل Theory of Mind (TOM) والخاصة بالأوتيزم حيث ترى هذه النظرية أن الصعوبات الاجتماعية لدى هؤلاء الأطفال تتضح عن طريق عدم القدرة على التفكير حول الحالات الذهنية والنفسية للذات والآخرين.

وهناك مشكلة في المعرفة الاجتماعية لدى أطفال التوحد ذوي الأداء المرتفع هي اتجاههم لإعطاء انتباه أكبر للتفاصيل الخارجية ، خاصة الخصائص المادية المتضمنة في الموقف الاجتماعي ، أكثر من إعزاء المعاني الاجتماعية للمثيرات. فهناك إحدى الدراسات كان هؤلاء الأطفال يميلون إلى وصف التفاصيل البدنية لصورة تخص اثنين من الأصدقاء بينهم أسراراً (الملازمة والمجاورة الشديدة ، والأنشطة التي يقومون بها ، ولون ملابسهم) ، أكثر من أنهم أصدقاء حميمون ، ومن خلال ذلك فإن هؤلاء الأطفال لديهم فهم جزئي للحالات النفسية للآخرين ، لذلك فإن البرامج يجب أن تقوم على أساس هدفين هما **الأول** :- توسيع فهم الطفل للحالات النفسية للأطفال الآخرين **الثاني**:- توجيه الطفل بصورة مباشرة لتطبيق هذه المعرفة لزيادة التبادل في التفاعلات الاجتماعية اليومية.

ويؤكد هشام الخولي (٢٠٠٨ : ٢٠) وكاربنتر وآخرون Carpenter et al (٢٠٠٢) ، وكامبس وآخرون Camps et al (٢٠٠٢) أن الأطفال التوحديون لديهم ضعف في التفاعل الاجتماعي ويظهر ذلك في عدم تكوين صداقات وعلاقات مع الآخرين ، والانسحاب الاجتماعي ونقص القدرة على الاستجابة لأفعال الآخرين وقصور في المهارات التواصلية اللفظية وغير اللفظية.

ويشير (Siegel , 1996 , 46) وشاكر قنديل ، ٢٠٠٠ : ٨٩) ، محمد كمال (٢٠٠٩ : ٦٨) أن الأطفال التوحديون يظهرون درجات من شذوذ الاتصال بالعين في نهاية السنة الثانية من العمر ، والذي قد يأخذ شكل تحديق العين وعادة فإن الأطفال التوحديون يقومون باتصال بالعين أفضل مع أفراد العائلة عنه مع الناس غير المألوفين. وأيضاً عندما يتكلمون مع الآخرين ، وإن كان شكل هذا التواصل يختلف في طبيعته ، حيث أنهم نظروا إلى الآخر لفترة أطول حينما كانوا هم المتكلمين، والعكس كان صحيحاً حين كانوا في موقف الاستماع.

ومن خلال ذلك يشير أوريوردان وباسيتي وهيبورن وستون إلى أن المعالجة البصرية لدى أطفال التوحد تتضمن التركيز على مثيرات محددة واستبعاد مثيرات أخرى ، والقدرة الشديدة لملاحظة ملامح وتغيرات محدودة في البيئة والحساسية الشديدة لأصوات معينة.

ويذكر إلهامي عبد العزيز (٢٠٠٣ : ٢٧٩) و دوفمان وآخرون Ruffman et al (٢٠٠١) ، إنجرسول وشريبمان Ingersol & Schreibman (٢٠٠٦ : ٤٨٧) ، وكوتش ومايريند Cuoch & Mirend (٢٠٠٣) أن أصعب ما يواجه الأطفال ذوي اضطراب التوحد هو في تكوين العلاقات الاجتماعية مع الآخرين وهي علاقة مهمة لمنع العزلة الاجتماعية وشعورهم بالفرحة والسرور نتيجة التواصل الاجتماعي وعدم وجود هذه المهارة ينعكس على اكتساب مهارات اللعب. كما أن الصعوبات في التقليد هي السبب الأول للنمو غير الطبيعي للسلوكيات التواصلية الاجتماعية لدى هؤلاء الأطفال.

ويتفق كل من ترافاجليني Travaglini (٢٠٠١) ، جيلفيه Gelveh (٢٠٠٢ : ٢) أن في اضطراب التوحد تصيب الإعاقة جميع جوانب التواصل ، باعتبار أن التواصل عملية مشاركة المعلومات والأفكار مع شخص آخر ، على جعل فرد آخر يعرف أنك تريد شيئاً ، والتسليم بوجود أشخاص آخرين ، والتفاعل الاجتماعي بين شخصين أو أكثر من الناس والمبادأة ، ومعرفة أولويات الاستجابة والتقليد.

في ضوء ما سبق نرى أن طفل التوحد لديه قصور في العلاقات الاجتماعية تتمثل في علاقته بأمه وأبيه وأقرانه حيث لا نرى أي علاقة متبادلة بين الطفل والطرف الآخر وكأنه لا يستمتع بوجود الآخرين ولا يشاركهم الاهتمام بالأشياء ولا ينظر للشخص الذي يكلمه ولا يحب الاختلاط بمن في سنه من الأطفال.

(٢) الخصائص المعرفية:

(١) الإدراك :

في دراسة لفيراري ١٩٨٣ قام بملاحظة أطفال التوحد في سلوكهم تتراوح أعمارهم بين ٣ : ١٠ سنوات حيث قام بملاحظة ردود أفعالهم تجاه رؤيتهم لأنفسهم في المرآة وذلك بعد وضع لون أحمر على الأنف وبعد ذلك عندما قام الطفل بوضع يديه على أنفه أدرك انعكاس صورته في المرآة ، وقد لوحظ هذا على الأطفال العاديين في سن ٢١ شهراً كانوا يلمسون أنفهم في التجربة ومن خلال ذلك نجد أن الطفل التوحدى قد يكون لديه نوع من الفهم لنفسه مثل العاديين وإن كان ذلك يأتي في مرحلة متأخرة من العمر من إدارته لنفسه. (شاكر قنديل ، ٢٠٠٠ : ٧٤).

أما دراسة مارجوري (١٩٩٤) أن الأطفال التوحديون لديهم مشكلات في الاستمرار في أداء معرفي كالتذكر لفترة كبيرة ، وهناك أطفال يعانون من مشكلات بصرية ومشكلات في استخدام الرموز وحل المشكلات. (سهى أحمد أمين : ٢٠٠٢ : ٤٠ – ٤١).

(٢) التخيل :

أن الأطفال التوحديون لديهم ضعف في النشاط الخيالي حيث لا تلفت انتباههم سوى ما يريدون ، لأن ليس لديهم فهم لمشاعر الآخرين لذلك يجدون من الصعب مشاركته السعادة أو الحزن. (Lorna , M. D., 2007 : 23)

ويرى عمر بن الخطاب (٢٠٠١ : ٢٧) أن الطفل التوحدى لديه محدودية في النشاط الخيالي يتسم ذلك في التقليد وعدم إدراك الأهداف المتصلة بالكلمات مثل الأدب والأحاديث الاجتماعية.

(٣) الانتباه :

يظهر على الأطفال التوحديون انتقائية الآنتباه وذلك بأحداث البيئة المحيطة بهم. حيث أنه يستجيب لخبراته الحسية بطريقة غريبة فهو في بعض الوقت يبدي كأنه ليس لديه خبرة بالأشكال والأصوات من حوله فقد يستجيب لصوت مرتفع ، كما يبدي تجاهلاً لشخص يعرفه وأيضاً لا يبدي اهتمام للمرض ، ولكن في أوقات أخرى قد تبدو حواسه سليمة حيث يشعر بصوت بسيط.

(٤) الذاكرة :

أن الذاكرة قصيرة المدى لدى الأطفال التوحديون تظهر في المثيرات السمعية والبصرية حيث نجدهم يظهرون حداثة في الاستدعاء الفوري للجمل المختلطة المتضمنة جزءاً من الجمل وجزءاً من غير الجمل ، الوصف الإكلينيكي لهؤلاء الأطفال يظهر ميلهم لإعادة الجمل التي قيلت لهم لتستعمل في كلام المصاداة. أما الذاكرة طويلة المدى وهذه الذاكرة جزء آخر لدى الأطفال التوحديون حيث نجد أن لديهم قدرة معاقة لاستدعاء الأنشطة التي قاموا بها حديثاً وهذا ما يؤكد أن الشذوذات اللغوية لدى الأطفال التوحديون قد تنتج عن صعوبات تذكر الأشياء المناسبة لقولها. (إبراهيم عبد الله الزريقات ، ٢٠٠٤ : ١٥٢)

نجد أن الأطفال التوحديون يستخدمون مخزون الذاكرة وهو يشبه صندوق التكرار ويظهر ذلك في قدرة الأطفال التوحديون البارعة في رسم الصور كما هي ، تجميع الصور. (Scheuevmann & Webber , 2002 : 7).

ومن خلال ما سبق نستطيع أن نجمل الخصائص المعرفية لأطفال التوحد فيما يلي:

مدى انتباههم قصير.

الصعوبة في الاستجابة للمثيرات المختلفة.

لديهم شذوذ في الإدراك الحسي.

صعوبة في الإدراك الاجتماعي.

يتمتع بذاكرة صماء فهي ذاكرة جامدة غير مرتبة ولا مرتبطة.

(٣) الخصائص الانفعالية:

يقول شاكر قنديل (٢٠٠٠ : ٩٢): إن السبب في المشكلات الانفعالية هو أن طبيعة الطفل التوحدى تسبب له أقصى درجات التوتر ، ولذا يبدو هؤلاء الأطفال غير سعداء ، وقد يبكون أو يضحكون دون سبب واضح ، ويكون مصدر الألم لديهم محدداً ، مثل التغيير اليومي المعتاد. كل ذلك يوحي بأن لديهم وعياً بمدى اختلاف حالتهم عن الآخرين.،و يرى (Yimya , 1996 : 78) أن الأطفال التوحديون لديهم قصور انفعالية .

- النشاط الزائد:

يقول عبد الرحمن سليمان (٢٠٠١ : ١١٥) أن فرط الحركة مشكلة حركية شائعة لدى الأطفال التوحديون في حين أن نقص الحركة أقل تكراراً ، وعندما تظهر فإنها غالباً ما تتبدل إلى فرط النشاط.

- سلوكيات شاذة :

يشير شاكر قنديل (٢٠٠٠ : ٩١) أن الطفل التوحدى يختلف في إعاقته عن إعاقات أخرى ، فهو لا يبدي أدنى حد من الإشارات التي توضح أنه يشعر بإعاقته ، ولذلك فهو لا يبدو واعياً بمدى الغرابة في سلوكه على الرغم من أنه قد يكشف في حالات خاصة عن سلوكيات غاية في الشذوذ مثل خلع جميع ملابسه في الشارع أو إبداء عبارات مخجلة بشأن الآخرين.

- مقاومة التغيير :

يظهر الأطفال التوحديون هذه السلوكيات بشكل مبالغ فيه ، فبعض منهم يعتريهم نوبات غضب شديدة لو أن الأثاث في المنزل تحرك من مكانه ، ويكون بعضهم يسير في طريق واحد لا يتغير عند الذهاب إلى أحد الأماكن. (Rosenhan & Seligman , 1995 : 636).

من خلال ذلك يجد الباحث أن الخصائص السلوكية لدى الأطفال التوحديون تلقي بآثارها السلبية على الطفل حيث تظهر هذه السلوكيات في صورة متلازمات حركية بصورة تكرارية قد يتضرر منه المحيطين به وكذلك اللغة التي يقوم باستخدامها مع الآخرين فهي تظهر بصورة نمطية تكرارية مقيدة تعرف بالمتلازمات اللفظية.

ويعرض الباحث في هذا الفصل عرضاً للمتلازمات الحركية واللفظية للأطفال التوحديون .

ويمكن تقسيم الانفعال لديهم إلى انفعال إيجابي ، وانفعال سلبي ويظهر أثناء الغضب والحزن والابتسامة وتكون هذه الأفعال ردود فعل لمثيرات اجتماعية ، وأن لدى الأطفال التوحديون عدم الاهتمام بالنجاح أو الفرح وأيضاً لا يشاركون الابتسامة للآخرين.

وتوضح آمال عبد السميع باظه (٢٠٠٣ : ١٦٣) أهم سمات الطفل التوحدى كما جاءت في الدليل الإحصائي الرابع (DSM – IV , 1994) هي ضعف التواصل بالآخرين وقصور في فهم الانفعالات وبالتالي فقد الاستجابة للآخرين ، وعجز في التواصل غير اللفظي لعدم القدرة على تمييز الانفعالات ، وتكرار للمقاطع والكلمات والخوف والفزع ومقاومة التغيير والإصرار على التكرار النمطي والروتيني.

(٤) الخصائص السلوكية:

يعاني الأطفال التوحديون من مشكلات سلوكية عديدة تختلف من طفل إلى آخر لأن أطفال الأوتيزم ليسوا على نمط سلوكي واحد. (محمد الفوزان ، ٢٠٠٠ : ٤١)

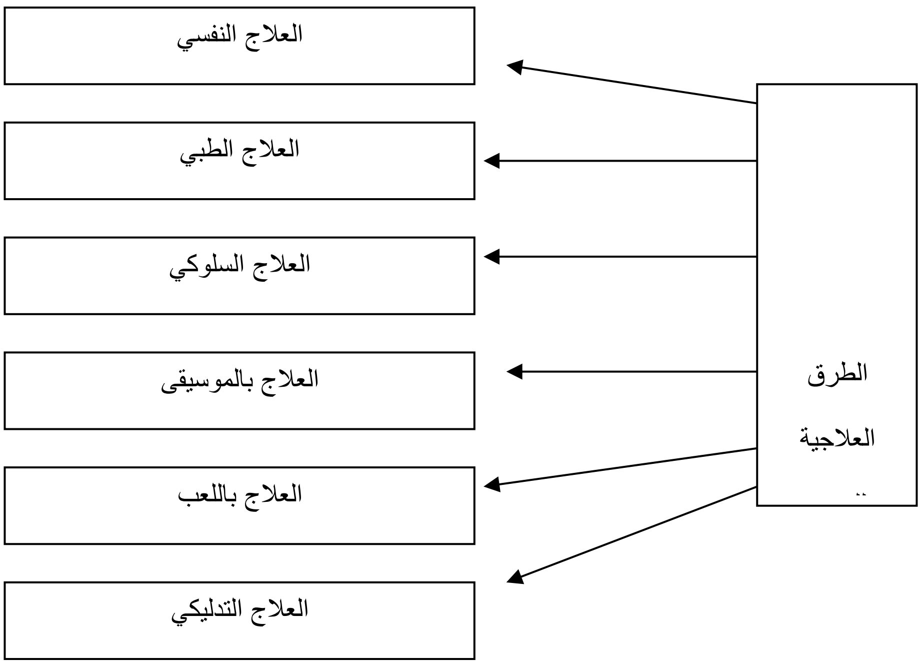
ويمكن توضيح المشكلات السلوكية لدى الأطفال التوحديون كما يلي:-

- السلوك النمطي التكراري :يقول (إلهامي عبد العزيز : ١٩٩٩ : ٩) أن التوحديون كلما تطور نموهم فإن السلوكيات النمطية البسيطة تميل لأن تقل وتستبدل بسلوكيات متكررة أكثر تعقيداً ، وقد يندمجون في جمع أنواع معينة ، وقد يندمجون في تنظيم الموضوعات في شكل خطوط ويصرون على روتين خاص مثل تشبع نفس الطريق تماماً عند الذهاب للمدرسة.

- سلوك إيذاء الذات :هو السلوك الذي يتسبب في إصابة جسدية هامة للطفل ، ويأخذ أشكال عديدة مثل عض الشخص لذراعيه ، أو خدش الوجه أو عض الشخص لسانه. (Scott , et al , 2000 : 24 – 25).

١- ٦-البرامج العلاجية :

حيث افترضت الدراسة أن قراءة القصص للأطفال قبل النوم أو تدليك مناطق معينة من الجسم ربما يزيد من الاسترخاء والنوم الجيد لأطفال التوحد مما يؤدي إلى تحسن في خصائص وسلوكيات الطفل.



شكل رقم (٢)

تعددت النظريات التي حاولت تفسير أسباب اضطراب التوحد ، ومع تعدد هذه النظريات تعددت أيضاً الأساليب العلاجية المستخدمة في التخفيف من آثار اضطراب التوحد العديدة والمتنوعة.

ومن هذه الأساليب العلاجية ما هو قائم على الأسس النظرية للتحليل النفسي ومنها ما هو قائم على مبادئ النظريات السلوكية وهناك تدخلات علاجية قائمة على استخدام العقاقير والأدوية كما توجد بعض التدخلات القائمة على تناول الفيتامينات أو على الحمية الغذائية ، فهناك علاجات ذات طابع علمي وبعضها ذات طابع تجاري.

أولا :- العلاج النفسي :- Psycho Therapy:

ترى (هالة فؤاد : ٢٠٠١ : ٧١) أن القائم على العلاج يقوم بعمل علاقة حب وحنان بين الطفل المصاب بالتوحد وبين والديه هذه العلاقة تتسم بالتساهل والمحبة والدفء وذلك بهدف تشجيع الطفل على الدخول في العالم المحيط به.

ويتفق كلٌ من (عبد الرحمن سليمان : ٢٠٠١ : ١٤٢) ، (عبد الرحيم بخيت ، ١٩٩٩ : ٢٣٨) ، (رشاد موسى ، ٢٠٠٢ : ٤١٠) أن الهدف الأساسي للعلاج بالتحليل النفسي هو إقامة علاقة قوية بعيدة عن الوالدين وذلك مع نموذج يمثل الأم المتساهلة المحبة وهذا ما لم تقدر القيام به أم الطفل المصاب بالتوحد وعدم استطاعتها إعطاء الطفل الحب والحنان والدفء اللازم له وهذه العلاقة تحتاج إلى عدة سنوات حتى تتطور عملية العلاج.

إذ يؤكد هذا الاتجاه العلاجي إلى عزل الطفل التوحدى من أسرته إلى أحد المراكز الخاصة أو دور الرعاية ذات الإقامة الكاملة ويؤكد هذا العلاج على علاقة الطفل بالأم البديلة داخل دور الرعاية المتكاملة.

ثانيا :- العلاج الطبي :- Medical Intervention :

أ- العلاج الدوائي :

تشير فضيلة الراوي وأيمن البلثة (١٩٩٩) بسبب عدم الوصول إلى سبب لتفسير إعاقة التوحد ، فلا يوجد علاجاً شافياً لهذه الإعاقة أو أدوية فيمكن أن يستخدم العقاقير الطبية لتقليل الأعراض السلوكية المضطربة مثل فرط الحركة والآلية الحركية والانسحاب مثل عقار الهالوبيريدول Haloperidol ولكن لا يوجد حتى الآن عقاقير لها دور في علاج اضطراب التوحد ويتفق مع هذا الرأي كلاً من (محمود حمودة ، ١٩٩١ : ١٠٨) ، (رشاد موسى ، ٢٠٠٢ : ٤٠٩) ، (عثمان فراج ، ٢٠٠٢:ب).

ويحذر (ماوك) Mauk , J., 1991 من استخدام " الهالوبيريدول " والذي يتفق معه كلاً من (جوزيف ايزو ، روبرت زابل ١٩٩٩. أ : ٣٤٦ : ٣٤٧) ، (عثمان فراج ، ٢٠٠٢ : ٨٣) ربما يؤدي إلى حدوث مضاعفات تنتج عن استخدامه لفترة طويلة يؤدي إلى خلل في التآزر الحركي فيحذر من استخدام العقاقير الطبية إلا بموافقة الطبيب المختص والالتزام الدقيق بتعليماته من حيث نوع العقار المستخدم للحالة وحجم الجرعة.

وعلى العكس من ذلك يشير (محمد قاسم ٢٠٠١) إلى أنه ثبت فاعلية المهدئات والأدوية في معالجة مظاهر التوحد ، فإن بعض الأعراض الرئيسية لاضطراب التوحد مثل الطقوسية أو النمطية والنشاط الزائد قد تم تحرضها وإحداثها عند الحيوانات بعد إعطائها كمية زائدة من الدوبامين مما أدى للافتراض بأن العصبونات الدوبامينية المركزية قد تكون مرتفعة النشاط عند المصابين بالتوحد.

من خلال ذلك يرى الباحث أن العلاج الدوائي له دور محدد ، فالعقاقير ممكن أن تكون عنصراً من عناصر خطة العلاج وليس العلاج بأكمله ، حيث لا يوجد عقار محدد أو فيتامين يستخدم نتيجة اضطراب التوحد . فهناك بعض العقاقير المستخدمة تأتي بنتيجة إيجابية وبعض الأحيان عكس ذلك.

ثالثا :- العلاج السلوكي :- Behavior Therapy:

يتفق من عادل عبد الله (٢٠٠٢ :أ: ٥٤ – ٥٥) ، (محمود حمودة ١٩٩٨) ، (رشاد موسى ٢٠٠٢ : ٤١٠) أن العلاج السلوكي يعد من أفضل طرق العلاجات المتقدمة للطفل التوحدى من حيث تعديل سلوك الطفل التوحدى حيث يوضع أثناء العلاج في فصل منظم للتدريبات على السلوكيات المقبولة ورعاية الذات واكتساب اللغة وتنمية السلوكيات المقبولة.

- يرى رمضان القذافي (١٩٩٤ : ١٦٦ – ١٦٧) أن فكرة تعديل السلوك تقوم على أسلوب المكافأة حيث يتم مكافأة الطفل التوحدى على السلوك الجيد وتجاهل مظاهر السلوك الأخرى وذلك من أجل السيطرة على السلوك الفوضوي للطفل.

ولابد من تنوع المكافآت لكي لا يصبح الطفل مشبعاً بنوع واحد ويجب تنويع المكافأة طبقاً لصعوبة العمل. (Eiketh , Smith. T , 1997 , 107 : 133)

يتفق عادل عبد الله (٢٠٠٢:ب : ٩٩) مع لويس مليكة (١٩٩٨ : ٢٨٦) في أن المعززات يجب استخدامها عندما يقوم الطفل بالاستجابة الصحيحة وذلك تكون بمثابة المكافئة. وتؤكد دراسة دونلاب وفوكس (١٩٩٩) Dunlap & Fox ، (Whelan , M , et al 1999) وحياة المؤيد (١٩٩٦ : ٤١) أن هناك طرق وأنواع للإثابة على السلوك الذي يقوم به الطفل وذلك عن طريق الأطعمة والمداعبة والتصفيق والمكافأة الرمزية مثل إعطاء الطفل النجوم وهذا يؤكد على أن إثابة الطفل على الاستجابة الصحيحة وتنوع المكافآت يجعل للتعزيز أثراً طيباً في سلوك الطفل.

أما عزة ممدوح (١٩٩٧ : ٢٧) ، محمد محروس الشناوي (١٩٩٧ : ٣٤٦)يروا أن مبدأ العقاب يمكن أن يكون له دورٌ في العلاج وقد يكون هذا العقاب تلقائياً وذلك مثلما يحدث حين يلتقي الفرد بموقف مؤلم نتيجة لسلوك غير موافق عليه. ويجب أن يكون العقاب مناسباً لسلوك الطفل حيث أن الطفل المنبسط يضاعف جهوده عقب اللوم في حين يضطرب الطفل المنطوي ويضعف أداؤه.

ومن ذلك يتضح أن التدخل السلوكي من أكثر البرامج شيوعاً واستخداماً في العالم حيث تركز البرامج السلوكية على جوانب القصور الواضحة التي تحدث نتيجة اضطراب الأوتيزم التي يقوم على فكرة تعديل السلوك المبنية على مكافأة السلوك الجيد مع تجاهل السلوك الآخر؛ لذلك يمثل التعزيز عنصراً أساسياً في ثبات الاستجابة.

رابعاً :- العلاج بالموسيقى : Music therapy:

تعتبر الموسيقى مؤثراً في جميع الأفراد سواء كانوا أطفالاً أم مراهقين أم راشدين لأنها تخاطب المشاعر والانفعالات وتعتبر الموسيقى من أكثر قنوات الاتصال اتساعاً للوصول للأطفال الأوتيزم وذلك بسبب مشكلاتهم في الاتصال بالآخرين.

ويقول صابر عبد الحميد ، علاء كفافي (١٩٩٢ ،ج٥) أن الموسيقى تستخدم كعلاج إضافي للعلاج الطبي النفسي والتأهيل ، برنامج العلاج بالموسيقى يتم تحت توجيه المعالج المتخصص ، ويوفر تنوعاً من خبرات الاستماع والمشاركة تلائم حاجات الطفل ، وتمثل الخبرات فرصة للتواصل غير اللفظي ، الخبرة المشتركة والتعبير الانفعالي.

ويشير عادل عبد الله (٢٠٠٨:أ : ١٤٧) إلى أن العلاج بالموسيقى بالنسبة للأطفال التوحديون شكل من أشكال العلاج الوظيفي حيث نلاحظ أن هؤلاء الأطفال ينجذبون في الواقع إلى الموسيقى خاصة الخفيفة منها.

ويشير كلاً من سنيل Snell (1996) وإدجرتون Edgerton (1994) وتاوت Thaut (1992) إلى أن العلاج بالموسيقى يعتبر نمطاً علاجياً على درجة كبيرة من الأهمية لهؤلاء الأطفال وأن هناك العديد من الحقائق التي ترتبط بإستخدام الموسيقى مع هؤلاء الأطفال والتي من شأنها أن تجعل هذا الأسلوب العلاجي من أهم وأنجح التدخلات المختلفة التي يتم استخدامها معهم.

ويرى ميرا (١٩٩٩) ، نهلة غندور (٢٠٠٠) أن العلاج بالموسيقى يساعد الطفل التوحدى على الشعور والإحساس بنفسه ، والشعور بقيمته وسط المجموعة وذلك من خلال مشاركته مع الآخرين في النشاط الموسيقي.

ومن هنا يرى الباحث أن العلاج بالموسيقى يستخدم في مجالات عديدة مع أطفال التوحد وذلك لتنمية الكثير من المهارات (مهارة الاتصال – مهارات سلوكية – مهارات اجتماعية – مهارات معرفية) ، ولتعديل سلوكيات كثيرة ، وتعتبر الموسيقى وسيطاً ناجحاً في العلاج لأن كل شخص سواء عادي أو غير عادي يستجيب على الأقل لبعض من أنواع الموسيقى.

خامساً :- العلاج باللعب Play Therapy:

يعاني الطفل التوحدى من اضطرابات نمائية في تواصله الحسي نتيجة قدراته الحسية المحدودة وكثيراً ما ترغب الأسرة في أن ترى طفلها التوحدى يلعب ويلهو مثل الأطفال الأسوياء حيث يستغل اللعب في إخراج الانفعالات والصراعات الداخلية التي تعمل على توتر الأطفال.

فيؤكد (Taft & Allen) أن العلاج باللعب يهتم بحاجة الطفل للمساعدة لأن يجد نفسه من خلال علاقته بالمعالج ، حيث تعتبر ساعة العلاج خبرة نمو مركزة للطفل ، فلقد يدرك الطفل تدريجياً كيانه الشخصي المستقل ويدرك ماله من قدرات خاصة به (سهير محمود أمين ، ٢٠٠٠ ، ١٠٨)

ويشير محمد الفوزان (٢٠٠٠:أ : ١١٤) إلى أن ألعاب الطفل التوحدى يجب أن تحتوي على مثيرات سمعية ، بصرية ، ملموسة ومثيرات تلقائية لأن الطفل التوحدى لديه اضطرابات سلوكية لذلك يعتبر اللعب مادة جيدة لحل بعض المشكلات لديه.

دراسة صبحي عبد الفتاح (١٩٩٢ : ٧٥) دراسة عزة عبد الفتاح (١٩٩٠ : ١٥) ، دراسة سميرة جعفر (١٩٩٢ : ٦٥) إلى تأثير اللعب على تعديل المشكلات السلوكية لدى الأطفال المصابين بالتوحد .

سادساً : العلاج التدليكي. Massage Therapy:

قام " إسكالونا " وآخرون Escalona , A. et al (2001) بدراسة بعنوان التحسينات التي تظهر على سلوك أطفال التوحد عقب علاج تدليكي. وهدفت هذه الدراسة إلى استخدام العلاج التدليكي والعلاج بقراءة القصص المسلية قبل النوم لتحسين بعض الخصائص والسلوكيات مثل مشكلة السلوك الغير هادف ، مشكلة النوم غير المستقر.

رابعاً :- المتلازمات الحركية واللفظية عند الأطفال التوحديون:

تتمثل المتلازمات في أداءات أو أفعال نمطية يلتزم الفرد بالإتيان بها بصورة متكررة ووفق نظم محددة وفي فترات محددة والمتلازمات ظاهرة شائعة بين معظم الأفراد ذوي اضطراب التوحد (Dewey , 1991 , Tsai , 1992)

فقد أفاد كاتبوا السير والخبرات الشخصية أن استخدام ذوي اضطراب التوحد للحركات الإيقاعية المنتظمة ، الهمهمة أو الدندنة أو الطنطنة وهز الجسم أو أرجحته أمراً يمارسونه بصورة روتينية متكررة.

(Bavvon & Barton , 1992 : Sellin , 1995 , Williams , 1992)

كما يستخدم ذوي اضطراب التوحد هذه المتلازمات كنشاط لتهدئة الذات على الرغم من أن المتلازمات من المنظور الطبي والإكلينيكي تعتبر أمر مرضي ، إلا أن الأفراد التوحديون يرونها مفيدة لهم (Williams,1992,199).

فيعرف عثمان فراج (١٩٩٤) ، Scott (٢٠٠٠) المتلازمات الحركية يقول أنها مجموعة من السلوكيات الحركية التي يقوم بها الطفل بشكل مستمر دون الشعور بالملل أو التعب فكثيراً ما يقوم الطفل لفترات طويلة بأداء حركات معينة ويستمر في أدائها بتكرار متصل لفترات طويلة ، كهز الجسم أو الرأس ، والإندماج في سلوك حركي آلي يشمل التصفيق باليدين أو ضبط الرأس.

أما المتلازمات اللفظية فيعرفها محمود حمودة (١٩٩٨) أنها عبارة عن سلسلة من الكلمات أو المصطلحات التي تظهر في كثير من الأحيان أكثر من المتوقع ، والمتلازمات اللفظية تكرار الكلمات أو الجمل دون اعتبار للمعنى ، ولدى الأطفال تكون الآلية شاملة للذاكرة طويلة المدى مثل إعادة نفس كلمات أغنية سمعها من قبل ذلك بسنوات. (محمود حمودة ، ١٩٩٨ ، ١٤٦)

ويشير شاكر قنديل (٢٠٠٠) أن هناك متلازمات حركية يتسم بها الأطفال التوحديون فلهم طريقة خاصة في الوقوف ، فهم في معظم الأحيان يقفون ورؤوسهم منحنية كما لو كانوا يحملقون تحت أقدامهم كما أن أذرعتهم ملتفة حول بعضها حتى الكوع ، وعندما يتحركون فإن كثيراً منهم لا يحرك ذراعيه إلى جانبه ، وفي معظم الأحيان فإن الأطفال التوحديون يكررون حركات معينة مرات ومرات ، فهم مثلاً يضربون الأرض بأقدامهم إلى الأمام أو إلى الخلف بشكل متكرر ، وفي بعض الأحيان قد يحركون أيديهم وأرجلهم في شكل حركة الطائرة ، وتلك المتلازمات التكرارية مرتبطة بأوقات يكونون فيها مبتهجين ، أو مستغرقين في بعض الخبرات الحسية مثل مشاهدة مصدراً للنور يضاء ويطفأ. (شاكر قنديل ، ٢٠٠٠ ، ٤٥ : ١٠٠)

ويضيف عبد الرحمن سليمان (٢٠٠١) أن معظم المتلازمات الحركية التي يقوم بها الطفل التوحدى تكون في معظم الأحيان مصدر إزعاج للآخرين ، وأن معظمها تبدو بسيطة من قبل تدوير قلم بين أصابعه ، تكوير قطعة من اللبان بيديه أو تكرار فك وربط رباط حذائه ، هذا قد يجعل المعالج للطفل التوحدى كأنه مقهور على أدائه ، حيث أن التغيير في أي صورة من صوره يؤدي إلى استثارة مشاعر مؤلمة لديه.(عبد الرحمن سليمان ، ٢٠٠١)

كذلك يرى عادل عبد الله (٢٠٠٨) أن المتلازمات الحركية بشكل عام لدى التوحدى لا تتسم بالرشاقة سواء حركاته في المشي أو التسلق أو الاتزان ، وقد تتسم حركاته بالتصلب ، وقد يقف على درجات السلم بالقدمين معاً دون تبديل ، وبذلك يفتقد هؤلاء الأطفال إلى الرشاقة الحركية. (عادل عبد الله ، ٢٠٠٨:أ ،٩٥)

ويذكر (طارق الشمري ، زيدان السرطاوي) أن الطفل التوحدى يصل إلى مستوى من النمو الحركي يكاد يمثل الطفل العادي من نفس سنه مع وجود تأخر بسيط في معدل النمو إلا أن هناك جوانب غير عادية لدى الطفل الأوتيزمي في الحركة. (طارق مسلم الشمري ، زيدان أحمد السرطاوي ، ٢٠٠٥ ، ص٢٤)

ويرى (محمد جميل يوسف ،١٩٩٤) أن المتلازمات الحركية عند الأطفال التوحديون يمكن إجمالها في النقاط التالية :-

أ- حركات تشمل الجسم كله :

الدوران حول نفسه.

الوثوب المفاجئ.

السير في شكل دائرة صغيرة مغلقة.

المشي على أطراف الأصابع.

المشي بطريقة شاذة.

ب- حركات الأيدي :

الصفح بالأيدي.

النقر بالأصابع.

جـ- الحركات الإيقاعية :

اهتزاز الجسم وتأرجحه.

القفز من مكان إلى مكان.

ميل الرأس وتأرجحه. (محمد جميل يوسف ، ١٩٩٤ ، ١٣٣)

وتمثل هذه المتلازمات الحركية استثارة للذات بما يخدم غرض تنظيم الذات ويشير أصحاب نظرية أستثارة الذات إلى أن الأطفال التوحديون لا يتلقون استثارة كافية من البيئة ، ومن ثم فإنهم يعتقدون أن المتلازمات الحركية التي يمارسها الأطفال التوحديون ترفع من مستويات الاستثارة ، وليس كل المتلازمات الحركية تمثل استثارة للذات ، حيث أن بعض التوحديون لا يظهرون سوى متلازمات حركية محدودة ، وإذا لم يكن لدى الأطفال مخزوناً كبيراً من المتلازمات فإنه يستخدم متلازمة واحدة في أوقات مختلفة ، فإن متلازمة الرفرفة بالذراعين يمكن النظر إليها في بعض الأحيان على أنه استثارة للذات وفي أوقات أخرى يستخدم للحصول على شيء مرغوب أو للهروب من مهمة صعبة. (سيد جارجي ، ٢٠٠٤ ، ٤١)

وتختلف Grandin (١٩٩٧) فيما سبق حيث ترى أن المتلازمات الحركية التي يقوم بها الطفل التوحدى تحدث نتيجة تعرضه للمثيرات البيئية دون معالجتها ، ولذلك قد يمارس متلازمات حركية كثيرة لإغلاق مصدر الإحساس والإثارة الذي يأتي من البيئة. ففي الحالات التي فيها أصوات كثيرة من اتجاهات مختلفة يلجأ التوحديون عادة إلى متلازماتهم الحركية وكأنهم في عالم خاص بهم.

وتحذر من ترك الطفل التوحدى لممارسة هذه المتلازمات لأكثر من ساعة في اليوم لأنه يؤثر على ما يستقبله الطفل من معلومات وسلوكيات أخرى من البيئة وأيضاً تضيف أنه يوجد أحتمال الإضرار بالجهاز العصبي عندما لا يتلقى المخ معلومات كافية من البيئة. (وفاء على الشامي ، ٢٠٠٤ ، ١٧٥)

ويستخلص الباحث مما سبق أن الأطفال التوحديون يبدو عليهم مجموعة من المتلازمات الحركية المتعددة التي قد تؤدي إلى اضطرابات في سلوكه ورفض الآخرين له ، ولهذا يبدو تشخيص اضطراب التوحد صعباً للغاية يحتاج إلى كثير من المتخصصين لوضع التشخيص المناسب لهم.

ويعرف الباحث المتلازمة الحركية بأنها مجموعة من السلوكيات التي يقوم بها الطفل التوحدى ، وتكون هذه السلوكيات نمطية مقيدة وتكرارية تتمثل في الحركات الجسمية العامة التي تبدو حركات غريبة وكثيرة سواء كانت هذه الحركات بالأصابع أو اليدين كأن يرفرف بيديه كأنه سيطير أو يمشي على أطراف أصابعه ويدور كثيراً في المكان بشكل دائري نمطي.

ويوضح الباحث هذه المتلازمات الحركية في عدة نقاط وذلك في المقياس الذي تم إعداده الذي سيتم عرضه في الرسالة.

أما المتلازمات اللفظية لدى الطفل التوحدى فيعرفه الباحث إجرائياً على أنها مجموعة من الكلمات يقوم بتكرارها وترديدها أكثر من الطبيعي دون اعتبار للمعنى وأيضاً الانعكاس الضميري والمصاداة أي يقوم بتكرار نفس الكلمات التي قام شخص آخر بقولها.

ويشير كلٌ من (Ravons & Gittens , 1992) إلى أن الطفل التوحدى لديه متلازمات لفظية تظهر في طريقة الكلام شاملاً ارتفاع الصوت أو نغمته والضغط على المقاطع أو الإيقاع مثل أن يكون نبرة صوته على وتيرة واحدة مثل الآلة ، كما أنه يردد الكلام دون أن يفهم وربما يكون في بعض المواقف ويردد كلمات أو جملاً قيلت أمامه فيتخيل الآخرون أنه على فهم ودراية بما يقول وهو عكس ذلك.

ويقول محمد السعيد أبو حلاوة (١٩٩٧) أنه قد لا يستطيع الأطفال التوحديون ربط الكلمات معاً لتكوين جمل مفيدة ، وربما لا يستخدم البعض الآخر إلا كلمات مفردة ، في حين قد يكرر البعض نفس العبارة بغض النظر عن الموقف أو السياق والأطفال التوحديون قادرون على الترديد أو التكرار الآلي لما يسمعونه وهذا ما يعرف برجع الصدى أو المصاداة ، وما يكرره الأطفال التوحديون ربما يكون سؤال موجه إليهم أو إعلان يستمعون إليه ، ويميل الطفل التوحدى إلى الخلط بين الضمائر فهم غالباً ما يفشلون في فهم الكلمات. (محمد السعيد أبو حلاوة ، ١٩٩٧ ، ١٤ : ١٥).

ويتفق معه هشام الخولي (٢٠٠٧) حيث يضيف أن الطفل التوحدى تظهر عليه متلازمات لفظية تتضح فيما يعرف بتكرار الببغاء حيث أن شيوع استخدام الطفل التوحدى لما سبق يحدث عنه فوضى الحوار ويؤثر سلباً على منظومة الحياة ومنظومة التفكير. (هشام الخولي ، ٢٠٠٧ ، ٦٠)

فيعتبر الترديد الببغاوي أحد أهم المتلازمات اللفظية في اضطراب اللغة لدى الطفل التوحدى ، فيمكن للطفل أن يكرر تحية المعلم له مثلاً بالضبط كما ذكرها له. ويعتبر هذا الترديد الببغاوي أحد المظاهر غير المرغوبة ، إلا أن بعض الدراسات بينت أن هذه المتلازمات تؤدي وظيفة بالنسبة للطفل التوحدى ، وأن هناك ست وظائف يؤديها سلوك التكرار اللفظي أو " الترديد الببغاوي " للكلمات هي :-

١- لفت النظر. ٢- التأكيد والإثبات. ٣- الإجابة المثبتة.

٤- الطلبات. ٥- الإعادة من أجل المساعدة. ٦- تنظيم الذات.

(محمد قاسم عبد الله ، ٢٠٠١ ، ٩٨)

ويختلف مع ذلك عادل عبد الله (٢٠٠٢) حيث يرى أن المتلازمات اللفظية لدى الأطفال التوحديون تزيد من تعقد الموقف الاجتماعي ويزيد من صعوبة تفاعلهم وهذا يقلل من فرصتهم في تكوين صداقات مع الآخرين ، كما يمكن أن يؤدي إلى سخرية الآخرين منهم. (عادل عبد الله محمد ، ٢٠٠٢ :أ، ١٢٤ – ١٧٣)

فنجدهم أثناء الحديث يتحدثون حديثاً لا ينتهي عن موضوعات تهمهم ، ومع ذلك يعجزون عن الدخول في حوار متبادل على نحو مرض. (عبد الرحمن سليمان ، ٢٠٠٤ ، ٧٤).

يلاحظ أن الطفل التوحدى يستخدم المتلازمات اللفظية بأنها وسيلية وليست تعبيرية ، بمعنى أنه يستخدمها فقط للحث على عمل الأشياء التي يريدها وقضاء حاجاته ، فنجد مشكلة الترديد الآلي لدى الطفل سببها أن له فهم ضعيف لما يقال. (Siegel , 1996 : 54).

كذلك عكس الضمائر فقد ترجم على أنه إما عدم وعي أو إنكار للهوية الشخصية فالطفل يرفض قول " أنا " بسبب عدم الوعي بذاته فهو لا يقبل وجوده ، وآخرون يرون تفسيراً يركز على ارتباط عال بين المصاداة وعكس الضمائر ، حيث أن الضمائر الشخصية أكثر تكراراً في بدء الجملة ، وبما أن الطفل التوحدى به صعوبة في معالجة الجمل الطويلة ، فهو يعتاد على أن يكرر الكلمات الأخيرة القليلة فقط. (Rosenhan & Seligman , 1995 : 635)

ويضيف شاكر قنديل (٢٠٠٠) أن المتلازمات اللفظية تأتي للأطفال التوحديون من حديثهم العفوي حيث أنهم يحاكون الكلمات المنطوقة من آبائهم حينما يكون الآباء أكثر ميلاً للكلام بصوت عال والربط وأن نقص التركيز قد لا يكون هو السبب لتركهم بعض الكلمات ولكن لأنهم لا يفهمون المعاني التي تستدعيها تلك الكلمات في الجملة ، وأن كثيراً من المتلازمات اللفظية التي يرددونها تتكون من أسماء الأشياء أو الموضوعات التي يستخدمونها. (شاكر قنديل ، ٢٠٠٠ :ب، ٣١٣)

وتقول آمال عبد السميع باظه (٢٠١١) أن المتلازمات اللفظية تشتمل على تكرار الكلمات أو الجمل دون اعتبار للمعنى ، وأحياناً يكون التكرار للتذكر قصير الأمد وتكرار الكلمات وأشباه الجمل لديه تتكرر مرات عديدة بدون المواقف الاجتماعية المناسبة لهم. (آمال عبد السميع باظه ، ٢٠١١ ، ١٦٤)

ويشير جمال القاسم (٢٠٠٠) أنه على الرغم من أن معظم الأطفال التوحديون يتصفون بأنهم بكم ، فهم لا يتكلمون ولكنهم يهمهمون أو يطلقون أصواتاً بسيطة وقد يكون كلامهم إعادة لكلام الأفراد الذين يتحدثون معهم ، فعلى سبيل المثال إذا وجهنا سؤالاً للطفل ما اسمك ؟ فمن المرجح أن تكون إجابته ما اسمك؟ ، وفي أحيان أخرى قد لا يكون التكرار النمطي مباشراً ولكنه قد يأتي متأخراً ، فقد يكرر الطفل العبارات التي سمعها في الصباح ، أو في اليوم السابق. (جمال القاسم ، ٢٠٠٠ ، ١٣٠).

وعرض محمود حمودة المتلازمات اللفظية كأحد محاور التشخيص الفارق للتوحد وشمل تكرار الكلمات أو الجمل دون فهم للمعنى ، وأضاف أيضاً وجود شذوذ ملحوظ في طريقة الكلام شاملاً مثل ارتفاع الصوت ونغمته أو الضغط على المقاطع والكلام على وتيرة واحدة وأحيانا يخفض الصوت أو يرفعه بدون داعي وكأن لا يشعر بوجود الآخرين ، وأيضاً شذوذ في شكل ومحتوى الكلام وعدم القدرة على تسمية الأشياء. (آمال عبد السميع باظه ، ٢٠٠٢ ، ٣٤)

أكدت دراسة Wolf (٢٠٠٥) أن الطفل التوحدى يمارس بطريقة تلقائية متلازمات حركية ولفظية نمطية تظهر وتختفي بشكل تلقائي وفجائي ، وكذلك نتائج دراسة Biklen (٢٠٠٢) التي أشارت إلى أن المتلازمات الحركية واللفظية تتضمن :-

حركات تلقائية غير متعمدة.

صدى كلامي.

رفة العينين ونغز متكرر.

رفرفة اليدين وتحريك الأشياء بشكل كروي دائري.

ولقد ارجعت دراسة Trenpeypeier (١٩٩٦) هذه المتلازمات الحركية واللفظية لدى الطفل إلى :

ارتفاع مستوى التوتر لدى التوحدى .

إتباع الطفل لمثل هذه السلوكيات لجذب الاهتمام.

عدم القدرة على ملائمة السلوك مع الموقف.

الاعتراض على تغيير روتيني يومي.

خلل في عدد الخلايا العصبية في الدماغ.

تأثيرات البيئة المحيطة لدى الأطفال التوحديون .

ومن خلال ما سبق يرى الباحث أن المتلازمات الحركية واللفظية لدى الأطفال التوحديون تظهر في صورة تكرار لسلوكيات يقوم بها الطفل سواء كانت هذه السلوكيات كلامية مثل ترديد الكلمات التي يقوم بسماعها من الآخرين أو سلوكيات حركية مثل الدوران حول النفس ، حيث أوضح الباحثون أن هناك أسباب تؤدي إلى ذلك منها هو تأثير البيئة التي يعيش فيها الطفل وبعض الباحثين أيضاً يرجعها إلى أن عدم إدراك الطفل للمعاني والحركات التي يقوم بها ذلك لعدم وصول السلوكيات للطفل بطريقة صحيحة واستمرار هذه المتلازمات لدى الطفل التوحدى لفترة طويلة يؤدي إلى تدهور الحالة ونفور الآخرين ومن في سنهم من هؤلاء الأطفال ؛ لذلك يجب أن يكون هناك طرقاً علاجية جديدة تستخدم مع هؤلاء الأطفال للحد من هذه المتلازمات الحركية.

فقد قام الباحث بإجراء برنامج علاجي بالفن مع هؤلاء الأطفال وذلك لتخفيف هذه المتلازمات الحركية واللفظية حيث أن عند اندماج الطفل في العمل الفني يقلل من حركاته العشوائية التي يقوم بها واستغلال هذه الحركات المتكررة في الأعمال الفنية البسيطة وأيضاً يساعد العلاج بالفن مع الطفل للحد من الكلمات التكرارية الغير فعالة واكساب الطفل مجموعة من الكلمات التي تساعده على التعايش في المجتمع والتعامل مع الآخرين.

ثامناً :- دراسات تناولت اضطراب التوحد عند الأطفال :

(١) دراسة عمر بن الخطاب خليل (١٩٩٤) :

بعنوان : " خصائص أداء الأطفال المصابين بالتوحد (الأوتيسية) على استخبار أيزنك لشخصية الأطفال "

هدف الدراسة :- تهدف الدراسة إلى التعرف على خصائص أداء الأطفال المصابين بالتوحد على استخبار أيزنك لشخصية الأطفال ، خاصة في ضوء ما تعانيه العيادات المصرية من قصور واضح – من وجهة نظر الباحث – في أساليب تشخيص هذا الاضطراب. فضلاً عن أن مشكلة الأطفال المصابين بالتوحد أنهم قد يشخصوا على أنهم أطفال مصابين بالتخلف العقلي في حين أن الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع للأمراض العقلية (١٩٩٤) لا يصنف التوحد تحت مسمى التخلف العقلي ، ولكن يصنفها تحت الاضطرابات السلوكية ومن ثم فهناك فروق واضحة بين التخلف العقلي و اضطراب التوحد .

عينة الدراسة: تكونت من مجموعتين (١) مجموعة الأطفال المصابون بالتوحدوعددهم ٢٥ طفلاً متوسط أعمارهم ٢. ٦ سنة (٢) مجموعة الأطفال الأسوياء وكان عددهم ٢٥ ومتوسط أعمارهم ٦. ٦ سنة.

نتائج الدراسة :- أوضحت الدراسة أن الأطفال الأسوياء أكثر انبساطية من الأطفال المصابين بالتوحد وكان الأطفال المصابين بالتوحد عصابيين عند مقارنتهم بالأسوياء. وكان هذا معناه أن نعتبرهم أطفال شديدي الانطوائية نتيجة لاضطرابهم ومن ثم فإن النتائج تصف الأطفال المصابين بالتوحد بأنهم أكثر انطوائية من أقرانهم الأسوياء كنتيجة لخصائص الاضطراب.

(٢) دراسة لوف ستيفن (١٩٩٤) Love , Steven:

بعنوان :- " إدراك وإظهار التعبيرات الوجهية من جانب الأطفال التوحديون "

تكونت عينة الدراسة :- من ثلاث مجموعات من الأطفال الذكور تتراوح أعمارهم ما بين (٨ – ١٥) سنة وهم مجموعة من الأطفال التوحديون ومجموعة من الأطفال المتخلفين عقلياً ، مجموعة من الأطفال العاديين. وتمثلت الأدوات في مجموعة من التسجيلات الصوتية والمرئية تتضمن عواطف : السعادة – الحزن – الغضب – التقديس وقد اشتملت التسجيلات السمعية على المحتويات اللفظية وكان طول المادة اللفظية في التسلل العاطفي محدود بين (٤ – ١٠) كلمات.

نتائج الدراسة :- أوضحت صعوبة إظهار الأطفال التوحديون للتعبيرات العاطفية الوجهية أما العاديين فقد أنجزوا تلك المهمة بنجاح ، وكان لدى المتخلفين عقلياً صعوبة في إظهار التعبيرات الوجهية ولكن بدرجة أقل من الأطفال التوحديون .

(٣) دراسة حسني إحسان حلواني (١٩٩٦):

بعنوان :- المؤشرات التشخيصية الفارقة للأطفال ذوي اضطراب التوحد من خلال أدائهم على بعض المقاييس النفسية.

هدف الدراسة :- التواصل لتشخيص فارق للأطفال التوحديون قياساً بأقرانهم المتخلفين عقلياً والأسوياء من خلال أدائهم على بعض المقاييس النفسية وقوائم الملاحظة.

عينة الدراسة :- تكونت من (٢٧) طفل ما بين ٦ : ١٥ سنة ، أيضاً (٢٧) طفلاً من المتخلفين عقلياً بمدينة جدة ، تراوحت الأعمار بين ٦ : ١٣ سنة ، تضمنت ٢٧ طفلاً من الأسوياء تتراوح أعمارهم بين ٦ : ٨ سنوات.

نتائج الدراسة :- أن الأطفال التوحديون هم أكثر الأطفال في المجموعات الثلاثة انخفاضاً في مهارتهم الاجتماعية بالإضافة إلى أن قدراتهم اللفظية تعد منخفضة.

(٤) دراسة سهام عليوة (١٩٩٩):

بعنوان :- فعالية كل من برنامج إرشادي للأسرة ، وبرنامج للتدريب على المهارات الاجتماعية للتخفيف من أعراض التوحد .

هدف الدراسة :- هو التحقق من فعالية برنامجين أحدهما لتنمية المهارات الاجتماعية والثاني يعتمد على إرشاد وتوجيه أسرة أطفال التوحديون وذلك لتخفيف أعراض اضطراب التوحد ومن هذه الأعراض القصور في الانتباه والتفاعل الاجتماعي.

عينة الدراسة :- تكونت من ١٦ طفلاً وطفلة ذوو اضطراب توحدى منهم ١١ ذكراً ، ٥ إناث بمتوسط عمري ٨ و ١٠ سنة. ومتوسط ذكاء ٨١ و ٥٨.

نتائج الدراسة :- توصلت نتائج الدراسة إلى فعالية برنامج الدراسة (المهارات الاجتماعية – الإرشاد الأسري) في تخفيف حدة أعراض اضطراب التوحد .

(٥) دراسة ايلين ، شونزرتز : Schwartz , Ilene-s (1999):

اهتمت الدراسة بتقييم حالات ثلاثة أطفال توحديون تلقوا خدمات تعليمية خاصة في مدرسة حكومية تطبق نظام الدمج في برامج الطفولة المبكرة خلال سنوات ما قبل المدرسة.

وقد اعتمد الباحثون على الوثائق والسجلات كمصدر للبيانات لاختبار الوظائف لدى العينة الثلاثة (وظائف الإدراك – والسلوك الاجتماعي) من عمر ٤ : ٧ سنوات.

أوضحت النتائج نتيجة إيجابية في الوظائف محل الدراسة ، كما حدث تقدم أكاديمي ودخل الثلاثة أطفال المدرسة الابتدائية واستمر النجاح ، وخرج واحد منهم من التعليم الخاص ، وأشار الباحثون إلى أن هناك العديد من الطرق والوسائل التي تحقق نتائج إيجابية مع صغار الأطفال التوحديون .

(٦) دراسة هـ ، فليوبرج : Fluberg , H (٢٠٠١):

بعنوان :- أثر لغة الأطفال التوحديون من الناحية النفسية على سلوكهم.

هدف الدراسة :- المقارنة بين مجموعة من الأطفال التوحديون ومجموعة من الأطفال المتخلفين عقلياً ذوي زملة داون وذلك في مجموعة أبعاد تضمنت التفاعلات الاجتماعية.

عينة الدراسة :- تكونت من (٦) أطفال توحديون ، (٦) متخلفين عقلياً في سن ٤ : ٧ سنوات.

نتائج الدراسة :- اتضح وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين ، حيث كان الأطفال التوحديون يستخدمون كلمات أقل لجذب الانتباه ، وللتعبير عن العمليات الإدراكية والانفعالية مما يجعلهم أكثر انسحاباً من المواقف التي تتسم بالتفاعل الاجتماعي وذلك بالمقارنة بأقرانهم من المتخلفين عقلياً.

(٧) دراسة موري ، س Mori , S (2001) :

بعنوان :- دور الخبرة بهدف ذاتي في علاج طفل توحدى : من الرقود على الأرض إلى التحليق في الفضاء.

هدف الدراسة :- هو تحقيق اندماج الطفل مع العالم الواقعي من خلال المعالجة باعتبارها أم حانية تستطيع أن تخرجه رويداً رويداً من وحدته وعزلته.

عينة الدراسة :- تتمثل في طفل ياباني توحدى يسمى (Moto) عمره في بداية العلاج أربع سنوات ، امتدت الدراسة إلى سبع سنوات.

نتائج الدراسة :- تذكر الباحثة أنه بعد مرور فترة العلاج فقد ظهر التحسن التدريجي على الطفل حيث كان شغوفاً بالذهاب إلى المدرسة وقلت سلوكياته النمطية وعدوانيته ، كما زاد تواصله مع الآخرين ، وخروجه من عزلته ، وكان تطور حالته كانت إلى الأفضل.

(٨) دراسة سهى أحمد أمين (٢٠٠١):

بعنوان :- مدى فاعلية برنامج علاجي لتنمية الاتصال اللغوي لدى بعض الأطفال التوحديون .

هدف الدراسة :- البرنامج العلاجي مخطط يستند على مبادئ ، وفنيات علاجية متعددة يتضمن مجموعة من الأنشطة والألعاب والممارسات اليومية ، وذلك من أجل تقديم خدمات علاجية للطفل التوحدى بهدف تنمية مهارات الاتصال اللغوي وهو برنامج يرتكز على العلاج السلوكي ، والعلاج بالموسيقى والعلاج بالفن والعلاج باللعب.

عينة الدراسة :- تكونت من (٣٠) طفلاً كعينة استطلاعية ، (١٠) أطفال كعينة تجريبية (٣ إناث ، ٨ ذكور) تتراوح أعمارهم بين ٨ – ١٢ سنة ، درجة ذكاء من (٥٠ – ٧٥).

نتائج الدراسة :- أظهرت النتائج تحسناً في درجة الاتصال اللغوي لأطفال العينة التجريبية بعد تطبيق البرنامج ، واحتلت مهارة التقليد ، والتعرف والفهم والانتباه المراكز الأولى في تنمية مهارات الاتصال اللغوي لدى عينة الدراسة.

(٩) دراسة روفمان وآخرين Rufiman et al (٢٠٠١):

بعنوان :- الفهم الاجتماعي لدى التوحديون : نظرة العين كمقياس للإدراكات الجوهرية.

هدف الدراسة :- هدفت إلى فحص ما إذا كان المقياس السلوكي لنظرة العين أفضل في تمييز الأطفال ذوي اضطراب التوحد عن مجموعة الأطفال ذوي صعوبة التعلم المتوسطة ، وما إذا كان فهم الأطفال ذوي اضطراب التوحد بتوسط بصورة لفظية من الناحية الأولية.

عينة الدراسة :- تكونت من ٢٨ طفلاً ذوي اضطراب التوحد ، ٣٣ طفلاً ذوي صعوبة التعلم المتوسطة.

نتائج الدراسة :- توصلت النتائج إلى أن نظرة العين أفضل من الأداء اللفظي في تمييز الأطفال ذوي اضطراب التوحد عن الأطفال ذوي صعوبة التعلم المتوسطة فالأطفال ذوو التوحد لا ينظرون إلى الموقع الصحيح في توقع عودة شخصية القصة في المهام الاجتماعية ، ولكنهم ينظرون إلى الموقع الصحيح في المهمة غير الاجتماعية المحتملة.

كما أوضحت النتائج أنه داخل المجموعة التي تتضمن الأطفال ذوي اضطراب التوحد فإن الأطفال اللذين ينظرون أقل إلى الموقع الصحيح يعانون من خصائص التوحد الحادة ، كما أوضحت النتائج أنه بينما يرتبط الأداء اللفظي بالقدرة اللغوية العامة في مجموعة التوحد فإن نظرة العين لا ترتبط بهذه القدرة.

(١٠) دراسة هالة فؤاد كمال الدين (٢٠٠١):

بعنوان :- تصميم برنامج لتنمية السلوك الاجتماعي للأطفال المصابين بأعراض التوحد .

هدف الدراسة :- تهدف إلى تصميم برنامج عربي لإكساب مهارات السلوك الاجتماعي للأطفال التوحديون .

عينة الدراسة :- تكونت من (١٦) طفلاً مصاباً بأعراض التوحد يتراوح أعمارهم بين (٣ : ٧) سنوات.

نتائج الدراسة :- توصلت النتائج إلى أن هناك فروقاً دالة إحصائياً بين درجات المجموعة التجريبية في القياس القبلي ، ودرجاتها في القياس البعدي لصالح القياس البعدي في الجوانب التالية :-

انخفاض مستوى الأداء المميز للطفل التوحدى على قائمة السلوك التوحدي.

ارتفاع معدل ظهور الألفاظ الجديدة ، وذات المقاطع المتعددة في استمارة السلوك اللفظي.

انخفاض مستوى اضطراب التوحد الاجتماعي ، لارتفاع مستوى التفاعل واللعب المستقل البناء في استمارة التفاعل.

انخفاض مستوى الخصائص المميزة للطفل التوحدى لدى المجموعة التجريبية بحيث أصبحت تنتمي إلى فئة الأطفال شبيهة التوحد ، وإنما استمرت المجموعة الضابطة في انتمائهم إلى فئة الأطفال التوحديون .

ارتفاع معدل التفاعل واللعب البناء المستقل في استمارة التفاعل الاجتماعي لدى المجموعة التجريبية.

(١١) دراسة رومانو Romano (٢٠٠٢):

بعنوان :- هل القصص الاجتماعية فعالة في تعديل السلوك لدى الأطفال ذوو اضطراب التوحد .

هدف الدراسة :- تهدف إلى فحص تأثيرات تدخل القصة الاجتماعية على ثلاثة سلوكيات مستهدفة هي التواصل غير الملائم ، والعدوان والمشاركة الاجتماعية غير الملائمة لدى مجموعة من الأطفال ذوو اضطراب التوحد.

عينة الدراسة :- تكونت من ١٠ عشرة أطفال ذوو اضطراب التوحد تتراوح أعمارهم بين ٤ ــ ٨ سنوات.

نتائج الدراسة :- أوضحت فعالية استخدام القصص الاجتماعية في خفض السلوكيات المضطربة (التواصل غير الملائم ، العدوان ، المشاركة الاجتماعية غير الملائمة) وذلك لدى الأطفال ذوو اضطراب التوحد عينة الدراسة.

(١٢) دراسة " توبين ، ك " (Towbin , K., ٢٠٠٣):

بعنوان :- استراتيجيات من أجل العلاج الدوائي للتوحدى، وزملة الإسبرجر.

نتائج الدراسة :- تصل إلى أنه كلما اكتشفنا معرفة أكثر بالناقلات العصبية التي تسهل عمل السلوكيات المتكررة ، ونظم المكافأة ، والإدراك الاجتماعي كلما توفرت أسباب تدعونا للاعتقاد بأن معالجتنا سوف تصبح أكثر حنكة وحرفية.

(١٣) دراسة تونج ، وبيرتون وآخرون Tong & Breton , et al (٢٠٠٤):

بعنوان :- قائمة لفحص سلوك الطفل التوحدى .

هدف الدراسة :- تهدف إلى التأكد من إمكانية استخدام قائمة لفحص سلوك الطفل التوحدى ، وتقييمه ومتابعته.

عينة الدراسة :- تكونت من (١٢٠) طفلاً وطفلة من الأطفال التوحديون وعينة ضابطة من الأطفال المتخلفين عقلياً.

نتائج الدراسة :- توصلت إلى أن الأطفال التوحديون لهم بروفيل خاص باضطرابات التواصل والمشكلات الاجتماعية والانفعالية والسلوكية.

(١٤) دراسة محمد شوقي عبد المنعم (٢٠٠٤):

بعنوان :- فعالية برنامج إرشادي فردي لتنمية بعض مهارات التواصل اللغوي لدى عينة من الأطفال التوحديين (الأوتيزم).

هدف الدراسة :- هو الكشف عن فعالية برنامج إرشادي فردي لتنمية بعض مهارات التواصل اللغوي لدى عينة من الأطفال التوحديين (الأوتيزم) ، بالإضافة إلى تقديم إطار نظري متكامل حول إعاقة التوحد من حيث مفهومه وأسبابه وتشخيصه.

عينة الدراسة :- تكونت من (١٠) أطفال توحديون وتم تقسيمهم إلى مجموعتين إحداهما تجريبية (تكونت من ٥ أطفال) ، والأخرى ضابطة (تكونت من ٥ أطفال).

نتائج الدراسة :- أظهرت النتائج فعالية في تنمية مهارات التواصل اللغوي التي تضمنها البرنامج وهي مهارة الاستماع – التعرف ، الفهم ، التحدث.

(١٥) دراسة سويني Swaine (٢٠٠٤):

بعنوان :- تعليم مهارات اللغة للأطفال ذوو اضطراب التوحد عن طريق استخدام القصص الاجتماعية.

هدف الدراسة :- تهدف إلى توضيح فعالية استخدام القصص الاجتماعية مركبة مع لعب الدور في تحسين المهارات اللفظية العملية لاثنين من أطفال التوحد ذوي الأداء المرتفع في مرحلة المدرسة ، وهل يستطيع هؤلاء الأطفال الاحتفاظ بالتأثيرات العلاجية التي تم تحقيقها؟

عينة الدراسة :- تكونت من اثنين من الأطفال الذكور ذوو اضطراب التوحد ذوي الأداء المرتفع في سن المدرسة ، وأحد عشر طفلاً من أقرانهم من نفس السن والجنس من ذوي النمو العادي.

نتائج الدراسة :- فعالية استخدام القصص الاجتماعية مركبة مع لعب الدور في تنمية مهارات المبادأة ، ومهارات الطلب ، مهارات التعليق ، وقد تم ملاحظة ذلك أثناء التفاعلات الثنائية بين الأطفال التوحديون ، وأقرانهم ذوي النمو العادي.

(١٦) دراسة :- هنري سيلفر : Silver , Henry , E. T (٢٠٠٦):

بعنوان :- الخطأ والثواب في " التدريب الانفعالي القصير يحسن من التعرف على انفعالات الوجه عند المصابين بالاضطراب التوحدي " " دراسة تمهيدية "

هدف الدراسة :- تهدف إلى تأثير التدريب على الانفعالات وعلى التعرف على انفعالات الوجه ، ثم توضيح الخلل في التواصل الانفعالي قد يكون عامل هام في ضعف الأداء عند الأطفال التوحديين.

عينة الدراسة :- تكونت من (٢٣) طفلاً وطفلة في سن (٥ – ٨) سنوات ، وخضعت أفراد العينة لثلاث جلسات تدريبية في الأسبوع باستخدام برنامج التدريب على الانفعالات بالكمبيوتر.

نتائج الدراسة :- قد توصلت الدراسة إلى أن البرنامج يحسن من التعرف على انفعالات الوجه عند الأطفال المصابين بالتوحد.

(١٧) دراسة :- رضا عبد الستار رجب كشك (٢٠٠٧):

بعنوان :- فاعلية برنامج تدريبي بنظام تبادل الصور في تنمية مهارات التواصل للأطفال التوحديين.

هدف الدراسة :- تهدف إلى التعرف على مدى فاعلية التدريب على برنامج التواصل باستبدال الصور في تنمية مهارات التواصل الوظيفي (الطلب – الاختيار الاعتراض – التعليق – الانتباه المشترك – التقليد) لدى الأطفال التوحديين. وتقديم برنامج تدريبي لعينة من الأطفال التوحديين لتنمية مهارات التواصل الوظيفي.

عينة الدراسة :- تكونت عينة الدراسة من ٨ أطفال توحديين وأمهاتهم (٦ ذكور – ٢ إناث) تتراوح أعمارهم ما بين (٩ – ١٢) سنة تم تقسيمهم إلى مجموعتين إحداهما تجريبية (ثلاثة ذكور – واحدة من الإناث) والأخرى ضابطة (ثلاثة ذكور – واحدة من الإناث) مع مراعاة التجانس بين المجموعتين.

نتائج الدراسة :- تكمن في تنمية مهارات التواصل الوظيفي التي تعتمد على المثيرات البصرية وجوانب القوة لدى الطفل التوحدى .

(١٨) دراسة :- مجدي فتحي غزال (٢٠٠٧):

بعنوان :- فعالية برنامج تدريبي في تنمية المهارات الاجتماعية لدى عينة من أطفال التوحد في مدينة عمان.

هدف الدراسة :- هدفت الدراسة إلى فعالية برنامج تدريبي لتطوير المهارات الاجتماعية لدى عينة من أطفال التوحد في مدينة عمان.

عينة الدراسة :- تكونت من مجموعتين (ضابطة وتجريبية) كل منها من (١٠) أطفال من الذكور يعانون من اضطراب التوحد تتراوح أعمارهم بين (٥ – ٩) سنوات .

نتائج الدراسة :- تتلخص النتائج في :-

وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠,٠٥) في المهارات الاجتماعية بين أفراد المجموعة التجريبية والضابطة على القياس البعدي لصالح أفراد المجموعة التجريبية.

وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠,٠٥) في المهارات الاجتماعية بين أفراد المجموعة التجريبية والضابطة على قياس المتابعة لصالح أفراد المجموعة التجريبية.

(١٩) دراسة :- فايزة إبراهيم الجيزاوي (٢٠٠٨):

بعنوان :- فعالية برنامج سلوكي وبرنامج النشاط المصور في تنمية بعض التعبيرات الانفعالية لدى عينة من الأطفال التوحديين .

هدف الدراسة : يكمن في تقديم إطار نظري متكامل حول إعاقة التوحد ، مفهومها وأسبابها وتشخيصها والأساليب العلاجية.

الكشف عن مدى فاعلية برنامج سلوكي وبرنامج النشاط المصور في تنمية بعض التعبيرات الانفعالية لدى عينة من الأطفال التوحديون .

عينة الدراسة :- تكونت من مجموعة من الأطفال التوحديون عددهم (١٠) ، أعمارهم بين (٤ – ٧) سنوات ، حيث تم تقسيم عينة الدراسة إلى مجموعتين مجموعة تجريبية أولى وعددهم (٥) أطفال وطبق عليهم البرنامج السلوكي ومجموعة تجريبية ثانية وعددهم (٥) أطفال وطبق عليهم برنامج النشاط المصور.

نتائج الدراسة :- تشير النتائج إلى :-

فعالية البرنامج السلوكي في تنمية بعض التعبيرات الانفعالية لدى أفراد العينة التجريبية الثانية من الأطفال التوحديون .

فعالية برنامج النشاط المصور في تنمية بعض التعبيرات الانفعالية لدى أفراد العينة التجريبية الثانية من الأطفال التوحديون .

فعالية البرنامج السلوكي وبرنامج النشاط المصور في تنمية التعبيرات الانفعالية بعد القياس البعدي لدى أفراد العينة التجريبية الأولى ، والتجريبية الثانية من الأطفال التوحديون لصالح أفراد العينة التجريبية الثانية من النشاط المصور.

استمرار فعالية البرنامج السلوكي وبرنامج النشاط المصور في تنمية التعبيرات الانفعالية بعد انتهاء فترة المتابعة لدى أفراد العينة التجريبية الأولى ، والتجريبية الثانية من الأطفال التوحديون .

(٢٠) دراسة :- لمياء عبد الحميد بيومي (٢٠٠٨):

بعنوان :- فاعلية برنامج تدريبي لتنمية بعض مهارات العناية بالذات لدى الأطفال التوحديين.

هدف الدراسة :- تقديم برنامج تدريبي لتنمية بعض مهارات العناية بالذات لدى الأطفال التوحديين. وقياس مدى فاعلية البرنامج التدريبي في تنمية مهارات العناية بالذات لدى الأطفال التوحديين. وتزويد المسئولية عن إعداد البرامج التدريبية لهذه الفئة ببرنامج قد يسهم في تنمية مهارات العناية بالذات لدى الأطفال التوحديين.

عينة الدراسة :- تكونت من (١٢) طفل تتراوح أعمارهم الزمنية بين (٩ – ١٢) سنة تم تقسيمهم إلى مجموعتين إحداهما مثلت المجموعة الضابطة (٦) أطفال منهم (٣ ذكور – ٣ إناث) ، والأخرى مثلت المجموعة التجريبية (٦) أطفال منهم (٣ ذكور – ٣ إناث).

نتائج الدراسة :- ظهرت في وجود فروق بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية على أبعاد مقياس مهارات العناية بالذات ومجموع الأبعاد في القياسين القبلي والبعدي ، وذلك لصالح القياس البعدي.

وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة الضابطة ومتوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس البعدي على أبعاد مقياس مهارات العناية بالذات ومجموع الأبعاد وذلك لصالح المجموعة التجريبية.

تعقيب على الدراسات والبحوث السابقة :-

من خلال الدراسات التي تم عرضها نجد أن معظم الدراسات تؤكد على أهمية علاج اضطراب التوحد في سن مبكر حتى يسهل في عملية العلاج وأيضاً التعرف على خصائص أداء الأطفال التوحديون مثل دراسة عمر بن الخطاب (١٩٩٤) ، وهناك دراسات اهتمت بالجانب العلاجي مثل دراسة توبين ، ك (٢٠٠٣) ، دراسة موري ، س (٢٠٠١) ، دراسة سهى أحمد أمين (٢٠٠١) ، وهناك دراسات اهتمت بالتعبيرات الوجهية لدى التوحديون مثل دراسة لوف ستيفن (١٩٩٤) ، هنري سيلفر (٢٠٠٦) ونجد دراسات أهتمت باستخدام المهارات لدى الأوتيزم مثل دراسة محمد شوقي (٢٠٠٤) مهارة التواصل اللغوي أما مجدي غزال (٢٠٠٧)اهتم بالمهارات الاجتماعية ، رضا كشك (٢٠٠٧) اهتم بمهارات التواصل ، لمياء عبد الحميد (٢٠٠٨) بمهارة العناية بالذات.

ومن خلال ذلك أهتمت الدراسة الحالية بدراسة أضطراب التوحد حيث تتعدد المشكلات والإضطرابات التي تتعلق بالطفل التوحدى سواء كانت سلوكية أو انفعالية لذلك يتعرض الطفل إلى كثير من المشكلات التي لا يستطيع من خلالها الإعتماد على الذات ولكنه يحتاج إلى مساعدة الآخرين.

الفصل الثانى

العلاج بالفن

تعريف العلاج بالفن

أهمية العلاج بالفن

- أهداف العلاج بالفن

- القاعدة الأساسية في العلاج بالفن

- مراحل العلاج بالفن

- الاتجاهات النظرية للعلاج بالفن

- دراسات تناولت العلاج بالفن

الفصل الثانى

العلاج بالفن

العلاج بالفن :- Art Therapy:

تعد " مرجريت نومبيريج " M. Noumbirig من أوائل الرواد في مجال العلاج بالفن وكانت قد أسست سنة ١٩١٤ مدرسة الأطفال التي عرفت فيما بعد بمدرسة Walden واعتنت فيها بتطوير أساليب تعليمية جديدة ، كما عنيت بدراسة الرموز من خلال الفنون البدائية ، ومن هنا بدأت منذ الأربعينيات وضع اللبنات الأولى للعلاج بالفن من خلال ممارستها المهنية وكتابتها المنتظمة عن علاقة التعبير الفني بمشكلات السلوك لدى الأطفال. (عبد المعطي القريطي ، ١٩٩٥ : ٢٤٢)

ويرى كرامر Kramer (1973) أن العلاج بالفن يقوم على استخدام الأنشطة الفنية التشكيلية وتوظيفها بأسلوب منظم لتحقيق أغراض تشخيصية وعلاجية ، تنموية نفسية عن طريق استخدام الوسائط والمواد الفنية الممكنة في أنشطة فردية أو جماعية مقيدة أو حرة وذلك وفقاً لأهداف الخطة العلاجية وتطور مراحلها وأغراض كل من المعالج وحاجات العميل ذاته. (Kramer , 1973 , 82)

ويقول عبد المطلب القريطي (١٩٩٥) : إن المعالجين بالفن يهتمون بالتعبير الرمزي الذي يعكس دوافع وصراعات المريض ومشاعره الكامنة والتي لا يتاح التعبير عنها إلا من خلال مثل هذه المدلولات الرمزية والتي يمكن أن يفسرها المعالج ويشجع صاحب النشاط الفني أن يفهم ويسعى بنفسه مدلولات هذا التعبير ولكشف كينونته.

ويضيف Gardener James أن العلاج بالفن يساعد المريض على فهم مشاعر الذنب وديناميات الكبت ، لأن أفكار الإنسان في اللاشعور قد يعبر عنها في صورة فنية ، فيحدث اتصال مباشر رمزي بين تلك التعبيرات الفنية والمشاعر الأساسية تجاه الموضوع الفني داخل النفس لأن إسقاط الصورة الداخلية في رسوم خارجية تؤدي إلى بلورة وتثبيت الخيالات والأحلام في سجل مصور ثابت يعين المريض على الملاحظة الموضوعية للتغيرات التي تحدث خلال عملية العلاج الفني ومن ثم يزداد احتمال أن يحقق العلاج بالفن التقدم بسرعة كبيرة.

وتتناول (نومبيريج) العلاج بالفن على أنه يعتمد في طرقه وأساليبه على :

السماح للمواد اللاشعورية بالتعبير التلقائي من خلال الوسائط والمواد الفنية.

تطور العلاقة الوثيقة بين العميل والمعالج.

تشجيع عملية التداعي الحر في استخلاص البيانات والتحليلات والتفسيرات من خلال التصميمات والرموز الناتجة ، والتي تمثل شكلاً من أشكال التواصل أو الكلام الرمزي Symbolic speeches بين العميل والمعالج.

وتؤكد (نومبيريج) أن الناس عندما يعبرون عن مشاعرهم بالرسم يكون أقل حذراً وتحفظاً ، وأكثر انسيابية في طرح هذه المشاعر عندهم.

(عبد المطلب القريطي ، ١٩٩٥ ، ٢٤٢)

أولاً : تعريف العلاج بالفن :

تعرف الرابطة الأمريكية العلاج بالفن (٢٠٠٤) بأنه هو الاستعمال العلاجي للإنتاج الفني وفي حدود علاقة مهنية من قبل أفراد يعانون من مرض أو صدمة أو مصاعب في الحياة ومن قبل أفراد يسعون للنمو الشخصي ومن خلال ابتكار الفن والتمعن في إنتاجه وعملياته يستطيع الأفراد أن يرفعوا من درجة إدراكهم لأنفسهم وللآخرين والتأقلم مع أعراضهم المرضية والضغوط التي تنتابهم والصدمات التي يمرون بها ، فيحسنون من قدراتهم المعرفية ويستمتعون بمتعة الحياة الأكيدة من خلال عمل الفن. (ARTA , 2004 ,)

وتذكر " روبن " ١٩٨٤ أن العلاج بالفن يشير بصفة عامة إلى تفهم ومساعدة الفرد من خلال الفن وذلك عن طريق استخدام الفن كأداة للتنفيس والكشف المتواصل. (Rubin , 1984 , 17)

وتعرفه عايدة عبد الحميد (١٩٩٠) على أنه التعبير الفني غير اللفظي بالرسم أو أعمال الفخار والخزف حيث يتم التعبير عن الخبرات الدفينة والمستترة والمكبوتة المسببة للاضطرابات السلوكية.

كما تعرف " وادسون " ١٩٨٧ مصطلح العلاج بالفن بأنه تعبير وصفي يحدد نوعية العلاج التي يشير إليها. فنجد أن العلاج هو الاسم والفن هو الصفة.

(Wadson , 1987 , 259)

أما " كاسي " " ودالي " Case & Dalley فتعرفان العلاج بالفن بأنه استخدام الوسائط الفنية المختلفة التي يستطيع المريض من خلالها التعبير عن الموضوعات والاهتمامات التي دفعت به للعلاج. (Case & Dalley : 1992)

ويعرف كوليمان Coleman (٢٠٠٠) العلاج بالفن بأنه شكل من أشكال العلاج النفسي الذي يتم فيه تشجيع العميل على التعبير عن مشاعره وصراعاته الداخلية من خلال الفن. (Coleman etal , 2000)

ويتفق من عوض إليامي (٢٠٠١) ، عبد المنعم الحنفي (١٩٩٩) في أن العلاج بالفن هو استخدام النشاطات الفنية كالتصوير ، والرسم ، والتشكيل بالصلصال ، كعلاج مساعد ضمن العلاج النفسي ، وبهدف اكساب مهارة ما أو تعديل في السلوك. فمن خلاله قد يستطيع الكثير من المرض أن ينفسوا عن مشاعرهم وهو وسيلة تساعد على تقويم التقدم في العلاج.

وتتفق سحر غانم (٢٠٠٤) ، فهد الفهيد (٢٠٠٧) : في أن العلاج بالفن هو نظام يمزج بين عناصر العلاج النفسي والعمل الإبداعي عن طريق استخدام الوسائط الفنية المختلفة في أنشطة فنية تشكيلية ، ويستطيع المريض من خلالها التعبير والتواصل غير اللفظي والتنفيس والكشف عن اللاشعور من خلال إسقاط المشاعر والانفعالات والصراعات في المنتج الفني.

بينما ترى مها أبو العز (٢٠٠٦) أن العلاج بالفن طريقة فعالة ، حيث يقف جنباً إلى جنب مع الوسائل الكيميائية والسلوكية ويتزايد أثره كلما قرأ لنا الأطفال رسوماتهم وأعمالهم مما يساعد على الحفاظ على صحتهم النفسية وتنمية إدراكهم العقلي والوجداني. (مها أبو العز ، ٢٠٠٦ ، ٤٠)

وقد عرف ديل كليفر (١٩٩٧) Daleg. Cleaver حيث قال : " لقد كان الفن دائماً أكبر من كل التعريفات التي فرضت عليه ، غير أننا هنا يمكن أن تعرف العلاج بالفن بأنه شيء أو حدث يتم ابتداعه أو اختياره لمقدرته على التعبير وعلى تحريك الخبرة في إطار نظام محدد. (محمد عبد المجيد فضل : ٢٠٠٣ ، ٣)

يعرف الباحث العلاج بالفن بأنه عملية تساعد الأطفال المصابين بالتوحد على إعادة بناء سلوكياتهم النمطية المتلازمة لديهم وذلك عن طريق أستخدام مواد فنية بسيطة لجذب انتباه الطفل اعتماداً على إمكانيتهم البصرية ، التي هي أعلى من إمكانياتهم الكلامية من أجل نطق كلمات بسيطة لها معنى والاعتماد على نفسه في بعض الأشياء ، والتمكن من السلوك الحركي لديه.

ثانياً : أهمية العلاج بالفن :

تقول فالنتينا الصايغ (٢٠٠١ : ٨١) أن فنون الأطفال لها أهمية كبيرة في تعامل شخصية الطفل وأسلوب بنائها من الناحية الانفعالية والاجتماعية والعقلية ، لأنها تعتبر شكل من أشكال الأداء النفسي وله خصائص متعددة سواء في المجال المعرفي أو المزاجي والوجداني حيث أن الطفل يعبر أثناء الرسم عن كل ما بداخله فهو يعبر عن انفعالاته ليعكس أفراحه وأحزانه وما يشعر به من إحساس بالعجز أو الدونية.

حيث ترى عبلة حنفي (١٩٨٩ : ٤) أن الأنشطة الفنية هي نوع من أنواع اللعب حيث أن أسلوب التعبير الحر يعد نوعاً من أنواع اللعب فهو أنقى ما ينتجه الطفل من ثمرات ، وأشدها أرتباطاً به حيث نعتبره وسيلة للطفل للتعبير عن علاقاته بالحياة.

وفي دراسة كريمر Kramer (١٩٧٣ : ٥٢) يقول أن الطفل أحياناً لا يستطيع أن يعبر عن ما بداخله لفظياً ، ويلجأ إلى التعبير عن انفعالاته عن طريق الأنشطة الفنية أو رسوماته حيث يظهر فيها كل رغباته وآماله ومشكلاته.

ويتناول مصطفى حسن (١٩٩٧ : ٣٤٠) أهمية العلاج بالفن في عدة نقاط هي :-

أن العلاج بالفن وسيلة لإشباع الحاجات بالنسبة للمريض ، فكل الحاجات تناسب الأطفال المعوقين بوجه عام.

العلاج بالفن يساعد الطفل على سلوك بناء الميكانيزمات الدفاعية ، وأيضاً تعلم دفاعات جديدة.

يساعد العلاج بالفن على غرس وتنمية الخصائص والأنماط السلوكية اللازمة للتفاعل وبناء علاقات أجتماعية مع الآخرين وتحقيق توافق اجتماعي واكسابهم المهارات التي تمكنهم من الحركة النشطة في البيئة المحيطة.

تظهر أهمية العلاج بالفن في الحالات التي لا تستطيع التعبير عن نفسها لفظياً.

ومن خلال ما سبق يرى الباحث أن أهمية العلاج بالفن تكمن في استغلال الوسائل والأدوات والأنشطة الفنية في علاقة بين المعالج والمريض للتنفيس عن انفعالاته ومشكلاته السلوكية الكامنة بداخله وتحقيق التفاعل مع الآخرين والاندماج داخل المجتمع.

ثالثاً : أهداف العلاج بالفن :

تقول لاندجارتن (١٩٨١) Land garten أن العلاج بالفن يهدف إلى مساعدة المرضى لفهم أنفسهم بشكل أعمق ، والتعرف على كيفية أدائهم لأدوارهم المختلفة كأفراد أو كجزء من العائلة أو داخل النظام الجماعي ، كما يهدف إلى تسهيل الإبداع وتقليل متطلبات الأنا العليا لديهم.

وترى مها أبو العز (٢٠٠٦) أن العلاج بالفن يستهدف مساعدة الأطفال على إعادة بناء الطرق التي يتصورون بها حياتهم ويعيشونها ويدركونها ، وانتشالهم من حالات العدوانية ، والتمركز حول ذواتهم وما شابه ذلك ، إلى حالات أخرى تسودها مشاعر الحب ، والتعاطف ، والرغبة في التعلم والنمو ، والإعجاب بالحياة والإقبال عليها ، والإحساس بالتوازن والسلام الداخلي. (مها أبو العز ، ٢٠٠٦ ، ٤١).

وتشير إجلال سري (٢٠٠٠) إلى أن العلاج بالفن يهدف إلى التعبير عن العالم الداخلي للفرد أو عن العالم من خارجه ، أو يعبر عن عالم جديد ، ويقوم على وجود علاقة بين اثنين على الأقل معالج ومريض وهذه العلاقة يمكن أن يطلق عليها مصطلح التحالف العلاجي. (إجلال سري ، ٢٠٠٠ ، ٢٤٥)

وتختلف الأهداف الخاصة لعملية العلاج بالفن تبعاً لاختلاف نوعية المشكلة التي يعاني منها المريض المقدم للعلاج بالفن ، سوف نعرض الأهداف العامة للعلاج بالفن ، حيث يشير " ليفيك ١٩٨١ " إلى أن العلاج بالفن يهدف إلى :-

(١) تقديم خبرة تنفيسية من خلال أستخدام الفن كمتنفس عن المشاعر والخبرات الداخلية.

(٢) تقوية الأنا ، وذلك عن طريق تحرير الطاقة النفسية التي سبق أستنفاذها في عملية الكبت ، من خلال التنفيس عن هذه المكبوتات في العمل الفني وعودة هذه الطاقة النفسية مرة أخرى إلى الأنا ، الأمر الذي يؤدي إلى دعم الأنا وتقويتها.

(٣) تقليل الشعور بالذنب.

(٤) تنمية القدرة على التكامل والتواصل.

رابعاً : القاعدة الأساسية في العلاج بالفن :

يشير عبد المطلب القريطي (١٩٩٥) إلى أن العلاج بالفن وسيلة لإسقاط مخاوف الفرد ومشاعره وإدراكاته واتجاهاته. كما أنه وسيلة للتنفيس عن الضغوط والتوترات والمواد اللاشعورية المختزنة مما قد يعجز الفرد عن الإفضاء به بالطرق المعتادة كاللغة اللفظية.

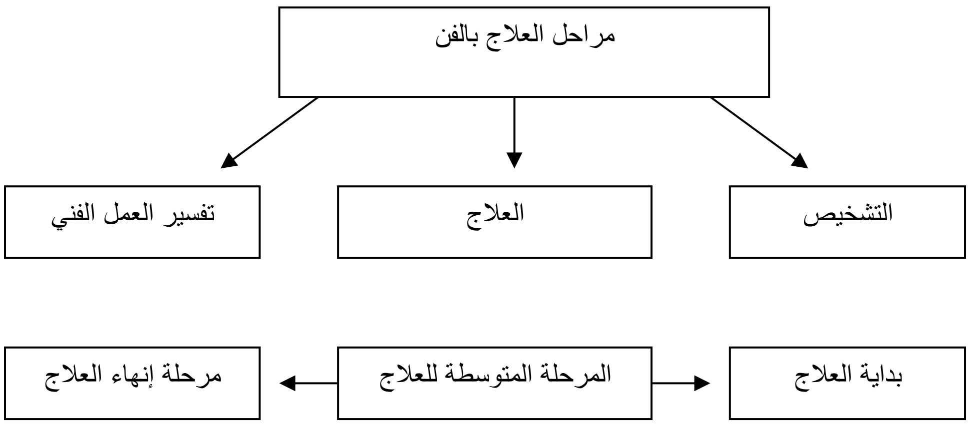
كما يوضح لويس مليكة (١٩٩٠) إلى أن إسقاط الصور الداخلية وتجسيدها في رسوم خارجية من شأنه أن يؤدي أيضاً إلى بلورة التخيلات والأحلام وتثبيتها في سجل مصور ثابت يعين المريض على التحرر من قبضة الصراع ، والنظر في مشكلته بموضوعية متزايدة وعلى ملاحظة التغيرات التي تحدث خلال عملية العلاج بالفن ، وإدراكها بصورة موضوعية. ومن ثم أيضاً تقسيم التقدم العلاجي. (لويس مليكة ، ١٩٩٠ ، ٢١٦ : ٢١٧).

وتقول عفاف فراج وآخرون (٢٠٠٤) يؤدي شرح المريض لإنتاجه الفني لفظياً إلى التداعي الحر حول إسقاطاته الفنية ، مما يزيد قدرته على التعبير اللفظي خاصة لدى الذين يجدون صعوبة في التعبير عن أنفسهم لفظياً ، ويتسم تشجيع ذاتية المريض عن طريق قدرته المتزايدة على الاشتراك في التفسير اللفظي لإنتاجه الفني ، وسيتبدل تدريجياً اعتماده السابق على المعالج بشحنة انفعالية تجاه فنه ، ويتحرر المريض تدريجياً من الاعتماد الزائد على المعالج. (عفاف فراج ، ٢٠٠٤ ، ٣٧)

وبناء على ذلك يرى الباحث أن القاعدة الأساسية في العلاج بالفن تتمثل في قبول كل الآستجابات والنواتج ، بصرف النظر عن الإنتاج الفني الذي ينتجه الطفل من أشكال تعبيرية فنية مختلفة. حيث يعمل كوسيلة تعويضية عما يشعر به المريض الأمر الذي يؤدي إلى دعم أنا المريض والمساهمة في نموه النفسي.

خامساً : مراحل العلاج بالفن :

يري الباحث أن مراحل العلاج بالفن تقوم أساساً على حوار يتم بين طرفين (المريض – المعالج) حيث يطلق المريض كي يعبر عما يجول بخاطره من ذكريات وأحداث ومشاعر وأنفعالات ، ويعتمد العلاج بالفن على حضور جلسات تجمع بين المريض والمعالج وتتم الجلسات من خلال العلاج بالفن بزمن محدد للجلسة وذلك حتى مرحلة إنهاء البرنامج.



شكل رقم (٣)

١- مرحلة التشخيص:

تتم عملية التشخيص في العلاج بالفن عن طريق إعداد مقابلة فنية ، غالباً تكون مدة هذه المقابلة ساعة وتستخدم التعبير الفني في هذه المقابلات كوسيلة تشخيصية سواء في صورة رسوم أو تشكيل بالخامات الفنية المختلفة ، ويكون إجراء هذه المقابلات قبل بداية العلاج بهدف الحصول على معلومات يتم تحديدها لتحديد مدى ملائمة العلاج بالفن للمريض ، وأيضاً إقامة علاقة ودية مع المريض. (Wadeson , 1987 , 172 - 173)

ويرى روبن (١٩٨٤) أهمية المقابلة في عملية التشخيص هو إقامة جو من المرح ، وإزالة الرهبة تجاه المعالج. (Rubin , 1984 , 55)

استخدام الرسوم كوسيلة تشخيصية :

يقول عبد المطلب القريطي (١٩٩٥) أن هناك اختلاف في نوعية الرسوم وذلك حسب الموقف الذي يتم فيها إنتاج الرسوم فيوجد ثلاثة أنواع هما:

الرسوم المقننة :- وهي الرسوم التي يقوم بها المريض بناء على تعليمات من المعالج ، وتفسر رموزها تبعاً لقواعد محددة. (عبد المطلب القريطي ، ١٩٩٥ ، ١٩٥)

الرسوم الحرة :- وهي عكس الرسوم المقننة حيث تعطي الفرصة للمريض برسم ما يريد ويعبر عنها لفظياً وعن أي أفكار ومشاعر قد تطرأ أثناء عملية الرسم ويتيح ذلك للمريض أن يطلق مشاعره وأفكاره وتوفير تداعيات حرة لمناطق الصراع والأفكار المتضاربة لديه. (Oster & et al , 1987 , 52 - 53)

الرسوم المدرسية :- يعرضها عبد المطلب القريطي (١٩٩٥) بأنها تلك الرسوم التي يخرجها الطفل تحت إشراف المعالج أثناء تعرضه لجلسات البرنامج والنشاطات المدرسية التي يطلق عليها " التربية عن طريق الفن " وذلك سواء حدد المعلم أو (المعالج) موضوع الرسم أو ترك له الحرية في التعبير واستخدام الخامات المتاحة له. وتتميز هذه الفئة من الرسوم عن الرسوم المقننة والحرة. بأن الطفل يقوم بإنتاجها نتيجة لتعليماته وتحت إشرافه كما تخضع لعملية التقويم. (عبد المطلب القريطي ، ١٩٩٥ ، ٢٢٣).

ويرى القريطي (١٩٩٥) إمكانية استخدام الرسوم المدرسية في تشخيص اضطرابات عديدة لدى الأطفال مثل الاضطرابات العصابية والاضطرابات السلوكية ، والإعاقات مثل التخلف العقلي والتوحد ، حيث تنعكس هذه الاضطرابات في رسوم الطفل بدرجات متفاوتة.

ومن خلال ذلك يرى الباحث أن استخدام الرسوم الحرة لدى الأطفال المعاقين ، اللذين لديهم أضطرابات في السلوك تكون الأفضل حيث تعطي لهم حرية التعبير عن ما بداخلهم ، حيث أن الرسوم المقننة والرسوم المدرسية تخضع إلى تقسيم محدد ويكون الهدف الأساسي لها هو إتقان المهارة المطلوبة وليس التنفيس عن ما بداخل الطفل من انفعالات داخلية.

(٢) مرحلة العلاج :

تنقسم هذه المرحلة إلى ثلاثة مراحل هي (١) مرحلة بداية العلاج. (٢) المرحلة المتوسطة للعلاج. (٣) مرحلة إنهاء العلاج.

أولاً :- مرحلة بداية العلاج :

تعتمد هذه المرحلة على إقامة علاقة ودية بين المعالج والمريض وأيضاً الحصول على بيانات أساسية للمريض وعمل تقسيم أولي للعلاقة وتقديم العلاج بالفن.

- إقامة علاقة ودية :

يرى Case & Dalley (١٩٩٢) أن العلاقة بين المريض والمعالج من أهم مراحل العلاج الأولي لأنها تساعد على تشجيع التعبير الفني للمريض وهو الأسلوب الذي يستخدمه المعالج بالفن تجاه المريض حيث يجب على المعالج أن يكون دافئاً ودوداً متعاطفاً وأن يستخدم مع المريض طريقة مفهومة بالنسبة له ، وأيضاً يجب أن يستجيب لحالة المريض الشعورية وأن يلتقي معه على أساسه الانفعالي والمعرفي فيمكن للمعالج النفسي بالفن من خلق بيئة مشجعة للعمل الفني. (Case & Dalley , 1992 , 178).

- تقديم العلاج بالفن :

بعد قيام المعالج بعمل علاقة ودية بينه وبين المريض ، يبدأ في عمل صورة حرة أو أي شيء يرغب المريض في القيام به ، وعلى المعالج أن يعمل على إزالة العقبات التي تواجه المريض وأن يعمل على توفير الإمكانيات التي تساعد على العمل الفني مثل توفير مكان جذاب به إضاءة كافية وحجرة واسعة مناسبة لإمكانيات العمل الفني وأدوات مناسبة وسهلة التنظيف ، وأن يتوفر السرية التامة للمريض. (Wadeson , 1987 , 179)

وهناك خطوة مهمة أثناء العمل بالعلاج بالفن وهي أن لا يتعدى على عمل المريض أثناء العمل وعدم محادثته لكي لا يكون هناك تأثير انفعالي لديه إلا إذا قام بتحدثه بعناية ، وهنا تنحصر وظيفة المعالج في قبول العمل الفني والاهتمام به دون إصدار آراء مسبقة عنه. (Case & Delley , 1992 , 179)

ثانياً :- المرحلة المتوسطة للعلاج :

يقول Land garten (١٩٨١) أنه من الصعب تحديد وقت لانتهاء بداية العلاج ومتى تبدأ المرحلة المتوسطة ، فنجد أن هناك علاقة قوية تبدأ في المرحلة الأولى بين المعالج والمريض ما يسمى بالتحالف العلاجي الذي يكون قائم على الثقة بين الاثنين وهذا ما يتم استخدامه في هذه المرحلة. (Land garten , 1981 , 70)

ويتطلب تطور التحالف العلاجي من المعالج أن يكون حازماً ومعطاء فهو يضع التوجيهات ويعطي الاهتمام والرعاية المستمرة ، ويعطي للمريض إحساس الثقة والاحترام حيث يمكن للشخص من خلالها اكتشاف مثيرات للمريض ، ومن المهم أن يتم حث المريض على الاستكشاف الكامل بقدر الإمكان ، وذلك عن طريق تشجيعه على التعبير عن هذه المشاعر ، وغالباً ما يجد المعالج تزايداً في المشاعر المعبر عنها في تعبير المريض الفني مؤخراً في مرحلة بناء التحالف العلاجي ، كما يمكن أن تظهر ملامح التمرد والندم ، وقد يفقد المريض السيطرة على تعبيراتهم وعلى المعالج تقبل هذه الحالات عن طريق تشجيع المرضى لاستخراج شيء من رسوماتهم ومن ذلك يمكن تعزيز عملية التطور التي تهدف إلى التعبير الناتج عن المشاعر المسيطرة على المريض. فالتحالف العلاجي هو أرضية تجريبية للتفاعل الإنساني. (Oster & Gowld , 1987 , 63 – 69).

ثالثاً :- مرحلة إنهاء العلاج :

ترى وارسون (١٩٨٧) أن مرحلة إنهاء العلاج مرحلة مهمة حيث يظهر فيها نتيجة العلاج ولها أهمية في الحفاظ على ما تم اكتسابه أثناء العلاج ، حيث يخشى المرضى من ترك دعم المعالج ، وكلما كان العلاج مقيداً كلما كان ترك المعالج مؤثراً أكثر ، فنجد أن المرضى الذين تقدموا بشكل جيد سوف يبدأون في الانتكاسات مع اقتراب النهاية وتعود إليهم الكثير من الأعراض التي كانت ظاهرة في بداية العلاج ، ولذلك يجب الانتهاء من العلاج بصورة جيدة. (Wadeson , 1987 , 191)

ويكون دور المعالج مساعدة المريض على رؤية مستقبلية وأن له القدرة على الاستمرارية والتقدم ، ولذلك من الضروري التعامل مع المشاعر أثناء عملية الإنهاء. وأن تكون عملية الانتهاء عملية تدريجية يقوم بها المعالج حتى لا تحدث انتكاسات لدى المريض. (Land garten , 1981 , 75)

(٣) تفسير العمل الفني :

هذه المرحلة مهمة ويجب تناولها بصورة أعمق حيث يبدأ التفسير في جلسات العلاج بالفن بعد الانتهاء من العمل الفني الذي قام به المريض حيث يقوم بتفسير عمله الفني وبعد ذلك يبدأ المعالج بوضع تفسيره الخاص عن ما حدث أثناء الجلسة وذلك يتم في ضوء عدة اعتبارات حتى يكون عملية التفسير متكاملة وموضوعية وهي :

١- سلوك المريض أثناء الجلسة:

وهو يظهر في السلوك اللفظي :- يتمثل في ما يتم سماعه من المريض بشكل تلقائي أثناء العمل الفني وذلك يفسر للمعالج عن ما بداخل المريض في هذا الوقت.

أما السلوك الغير لفظي :- فهو يظهر في الحركات الجسمية الذي يقوم به المريض مثل نظرات العينين وتحريك الجسد للأمام أو الخلف. (Rubin , 1984 , 60 -67).

٢- التاريخ السابقة للحالة :

يرى وادسون (١٩٨٧) أنه تاريخ الحالة يمد المعالج بمعلومات هامة تفيد في تكامل الإنتاج الفني للمريض. (Wadeson , 1987 , 67)

٣- الأحداث الحياتية الحالية :

وفيها يتم التعرف على الحياة البيئية والاجتماعية والنفسية للمريض.

٤- التفاعل :

تظهر علاقة المريض بالمعالج حيث يتم التعرف على طبيعة شخصية المريض من تعاملاته مع الآخرين وثقته بنفسه وانطباعاته المختلفة وهل لديه عدوانية ، ويتم ملاحظة تفاعلاته وهل هي ثابتة أم متغيرة. (Rubin , 1984 , 67)

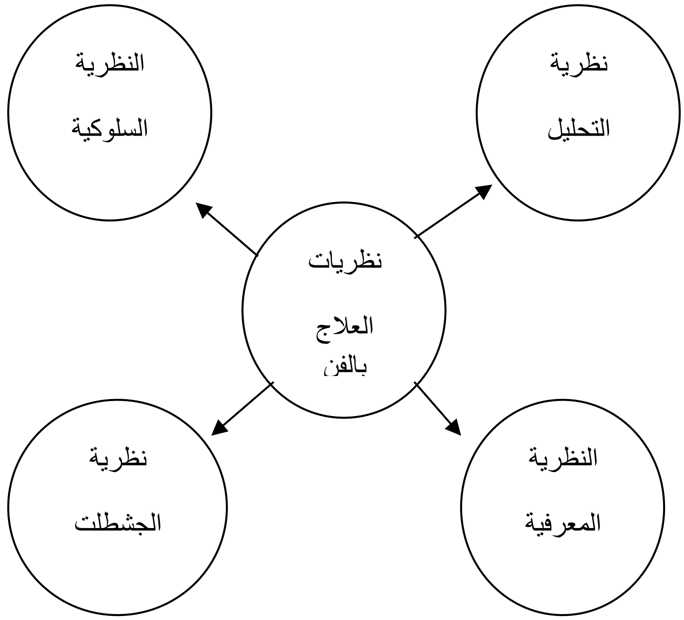
٥- العمل :

تعطي كيفية أداء المريض لعمله أنطباعاً عن طريقة تعامله مع أي شيء جديد أو مبهم ، ويستجيب المرضى خاصة الأطفال لطرق متباينة عن اختيار الخامات ، وكيفية العمل بها ، وتكشف طريقة الأداء عن الكثير مما بداخل المرضى مثل مستويات الطاقة بداخلهم.

٦- المقارنات بين العمل الفني ومنتجات المريض الفنية :

يشير أوستر ، جولد (١٩٨٧) على أهمية عرض إنتاج المريض السابقة ومقارنتها بما تم إنتاجه أثناء عملية العلاج وذلك لمعرفة مدى ما أحرزه من تقدم ، وبذلك يتم التفسير بطريقة متكاملة في ضوء الإنتاج الكامل للمريض. (& Oster (Gould , 1987 , 70 – 71

سادساً : الاتجاهات النظرية للعلاج بالفن:



شكل رقم (٤)

يقول وادسون (١٩٨٧) أن هناك انقسام ذي بعد تاريخي في مهنة العلاج بالفن ، وقد ظهر هذا الانقسام في منهج العلاج بالفن في كتابات كل من " نومبرج " ، " أديث " ، " كرامر " ، وقد تم الاعتراف رسمياً بهذا التقسيم في المناظرة الأولى في المؤتمر السنوي للجمعية الأمريكية للعلاج بالفن عام (١٩٨٢).

ويرى عوض إليامي (٢٠٠١) أن قد تكون جملة " العلاج عن طريق الفن " غريبة على معظم القراء ، لكنها ليست غريبة على ممارسي الفن ومعلميه فالفن كما هو معروف تعبير عن الأحاسيس والانفعالات الداخلية والخارجية سواء كان ذلك التعبير عن طريق الرسم أم عن طريق مجالات الفن الأخرى. فإن العلاج بالفن يعتمد على عدد قليل من المؤمنين بفاعليته ولكن كان الرافضون له كثيرين

وكان المعترفون بهذا المجال ينتمون إلى دائرة ضيقة تتكون من الممارسين للفن ومن معلمي الفن ، وأن أغلب المجتمعات تؤمن بفائدة الفنون الجمالية ولا تدرك ما للعلاج بالفن من فوائد سيكولوجية ، ولم يدرك ذلك إلا قلة من العلماء النفسيين أمثال فرويد Freud. (عوض إليامي ، ٢٠٠١ : أ:١٢)

ويتفق عبد المطلب القريطي (١٩٩٥) فيما سبق حيث يرى أن العلاج بالفن وهو وسيلة تعويضية عما يشعر به الفرد عن عجزاً أو قصور نفسي أو اجتماعي ؛ لأن من خلال الفن يمكن أن يشبع الفرد حاجاته ورغباته المحيطة التي عجز عن تحقيقها وتصوراته عن المستقبل. (عبد المطلب القريطي ، ١٩٩٥ ، ٢٤٤)

ويشير " موس " Moss (١٩٩٣) أن المعالجين بالفن تعلموا مزج المهارات الفنية مع نظريات علم النفس المختلفة وبالتالي يعمل بعض المعالجين بالفن على أساس من نظرية التحليل النفسي ، وبعضهم يتبعون السلوكية أو نظرية الجشطلت. (Moss , 1993 , 24)

وفيما يلي عرض للنظريات التي تناولت العلاج بالفن في نظرية التحليل النفسي الجشطلت ، السلوكية ، المعرفية.

١- العلاج بالفن في نظرية التحليل النفسي:

النظرية التحليلية Analytical Theory:

من روادها فرويد ويونج وأدلر وتحتوي بعض خطوطها العريضة على دراسة اللاشعور وتقوم على عدد من الأسس تعتبر مسلمات ينادي بها التحليليون وهي:

(أ) الحتمية النفسية:

إن لكل سبب نتيجة ولكل نتيجة سبب ، فليس هناك نشاط يقوم به الكائن الحي دون أن يكون هناك سبب يدفعه إلى هذا السلوك قد يكون هذا السبب ظاهراً أو غير ظاهر منطقي أو غير منطقي ، وقد أثر هذا الأساس في تفكير فرويد لمعرفة (السببية) وراء سلوك المرضى. (عبد السلام عبد الغفار : ١٩٩٠ ، ٢٦ : ٢٧).

(ب) الطاقة النفسية :

تنادي هذه المسلمة بأن هناك طاقة أساسية في الطبيعة ، وأن هذه الطاقة تتحول لأنواع متعددة ، أي تتخذ صوراً مختلفة والطاقة النفسية ما هي إلا صورة من صور هذه الطاقات تستخدم في أغراض مثل الإدراك ، التفكير ، التذكر.

(ج) الثبات والاتزان :

يرى فرويد أن الكائن الحي مزود بقدرة على الاستجابة للمثيرات المختلفة سواء داخلية أو خارجية عندما يتعرض الكائن الحي لمثير يصبح في حالة استثارة وتوتر أي يتعرض لحالة عدم الاتزان ، فيقوم بنشاط معين للتخلص من هذا التوتر للوصول لحالة الاتزان. أما مبدأ الثبات هو محاولة الإنسان تخفيض مستوى الاستثارة أو على الأقل ليبقى هذا المستوى ثابتاً.

(د) اللذة :

هذه المسلمة ترتبط بسابقتها ، أي أن الإنسان يجد لذة في الاتزان ويشعر بالضيق إذا ما تعرض لعدم الاتزان بما يصاحبه من توتر.

ربط النظرية بالعلاج بالفن:

يقول مصطفي عبد العزيز (١٩٩٧) أن أي عمل فني مع اختلاف المادة المستعملة تحتوي على رموز شكلية تخرج عن طريق لا شعوري خلال مرحلة الإنتاج الفني ، وأن تلك الرموز لها علاقة مباشرة بما يعانيه من ضغوط وتوترات ووظيفة الأخصائي التعرف على الرموز وربطها بخلفية المرض وحينئذ يبدأ العميل في تذكر حالات لها علاقة بالرمز.

وبناء على ذلك يقوم أخصائي العلاج عن طريق الفن بتصميم برنامج فني. الهدف منه محاولة التكيف مع المشكلة. وهكذا تحدث عملية العلاج بالفن منذ البداية حتى يصل لحلول من خلال التشكيل. (مصطفى عبد العزيز ، ١٩٩٧ ، ٤٠).

يرى عبد المطلب القريطي (١٩٩٥) أن فن الأطفال محكوم بعوامل وجدانية مرتبطة بمزاج الطفل وشخصيته ، فهذه المنبهات تعمل بطريقة لا شعورية بالنسبة للطفل تؤثر على سلوكه وتطبع شخصيته. ولا يوجد ذلك إلا في التعبير الفني وهكذا تصبح فنون الطفل تصور لشخصيته.

يستند أصحاب التحليل النفسي في تناول الفنون على أساس مفهوم الحدس ويعتبرون اللاشعور هو المنبع الذي تصور عنه كل الآثار والإبداعات الفنية للأطفال.

ويؤخذ على التحليلين التركيز على العوامل المزاجية والانفعالية واللاشعورية وإغفال العوامل العقلية وأن الفنون ناتجة عن الإحباطات والغرائز. وهذه النظرية سلبية لكل من الطفل والفنان والبالغ. (عبد المطلب القريطي ، ١٩٩٥ ، ٣٨)

٢- العلاج بالفن في النظرية السلوكية:

تقول فالنتينا الصايغ (٢٠٠١) : إن السلوكية هي إحدى النظريات العلاجية في علم النفس ، وفلسفة هذا الاتجاه تقوم على أن كل السلوكيات متعلمه وليس ناتجة عن عقد نفسية مكبوتة تخرج عن طريق اللاشعور. ونجد أن هذه النظرية مفيدة في كل مجالات العلاج بالفن فنجدها محصورة في مساعدة المعوقين ؛ لأنها تقوم على رفع الأداء الحركي والعقلي وتقوم بالتعرف على السلوكيات ثم تعديلها إلى سلوكيات جيدة ، والسلوكيون يتبعون طرقاً مختلفة للوصول للأهداف العلاجية أو تعديل السلوك. (فالنتينا الصايغ ، ٢٠٠١ : ٨٨)

من هذه الطرق (١) الأشراط Conditioning :

يقول فاخر عاقل (١٩٨٥) أن الأشراط الإجرائي هو نوع من الاشتراط الوسيلي يشتمل على إجراء شيء في المحيط تتبدى أستجابة ما عن العضوية فتتعذر بطريقة ما وفق جدول معين ثم ندرس التغيرات الناتجة في معدل حدوثها. (فاخر عاقل ، ١٩٨٥).

ويقول مصطفى عبد العزيز (١٩٩٧) أن تطبيق النظرية في الفن يكون كالتالي هو قيام الشخص بعمل فني ويتم تقييمها فإذا نالت استحسان يكافأ الشخص بأي نوع من المكافأة (التعزيز) ويتم تكرار العملية سواء في وقت واحد بعدة أعمال فنية أو في أوقات مختلفة. (مصطفى عبد العزيز ، ١٩٩٧ ، ٤٧).

(٢) الإزالة المنظمة Systimatic Ensitization:

دور الفن في عملية الإزالة المنظمة تختلف نوعاً ما عن الطريقة السابقة لأن فيها يطلب من المريض التخيل الموجه لشيء مثير للقلق. ثم جعل المريض يقوم برسم أو تشكيل المثير مع ترك الحرية لاختيار الخامة التي ينفذ بها تشكيله.

(٣) النمذجة Modeling:

يقوم المعالج في العلاج بالفن بتصميم برنامج يشتمل على كتابة قصة وقراءة السيناريو على المريض ، ثم يوزع الأدوار على كل شخص يصمم نموذجاً حسب الشخصية وبعد ذلك تعرض المسرحية على المجتمع ثم يتم المناقشة بين المعالج والأفراد المشاركين.

ويقول صفوت فرج (١٩٨٦) أن تفسيرات السلوكية لفنون الأطفال تعتمد على التفاعل بين الإدراك والكائن المتعلم وتعالج الرسوم من خلال قواعد المنهج الأمبريقي التقليدي. (صفوت فرج ، ١٩٨٦ ، ٥٢)

يؤخذ على النظرية السلوكية أن التناول السلوكي لفنون الأطفال يغفل العمليات العقلية المعرفية المعقدة المساهمة في عملية الرسم ويكتفي بالإشارة إلى ما يمكن ملاحظته كناتج نهائي. (فالنتينا الصايغ ، ٢٠٠١ : ٩٠)

(٣) العلاج بالفن في النظرية المعرفية :

يقول سيلفر Silver ١٩٩٢ أن رسوم الأطفال هي وسائل تصويرية يمكن أن تصور الحقيقة بطريقة موجزة ، فبذلك تعكس أفكارهم ، فالأطفال الذين لديهم صعوبات لفظية يحرمون من فرص تصوير خبراتهم لأن ليس لديهم الوسيلة لبناء نماذج الواقع ويمكن أن تفسر هذا بأنها وحدة النقص المعرفي لديهم. ، وإذا كانت قدراتهم البصرية سليمة فربما يكونون قادرين على بناء نماذج بصرية ويمكنهم تصوير خبراتهم بطريقة غير لفظية من خلال رسوماتهم. (Silver man , K, 1992 , 2).

ويوضح روبن " Rubin " ١٩٨٧ أن المدخل المعرفي في العلاج بالفن يوصف بأنه كشف لدور الفن في تحديد وتقييم وتنمية المهارات المعرفية ويقوم على أساس المقدمة المنطقية التي ترى أن الفن بديل للغة ويمكن أن تظهر المهارات المعرفية في اصطلاحات لفظية. (Rubin, 1987, 233–235).

(٤) العلاج بالفن في نظرية الجشطلت:

تقول رهين " Rhyne " ١٩٨٧ أن العلاج بالفن في الجشطلت يتعامل مع الشكل الكلي للتعبير الشخصي والمحتوى اللفظي ، ويهدف العلاج بالفن لديهم إلى وجود إتصال بين المريض والمعالج ويمكن أن يكون هذا الاتصال في شكل اكتشاف مشترك للعبارة المصورة بطريقة مرئية وغالباً ما يمتد أيضاً للحركة والنطق ولعب الأدوار والخامات في الزمان والمكان ، ويتم ذلك بطريقة معينة بحيث يمكن للمعالج أن يلاحظ وفي بعض الأوقات يمكن أن يدخل في الدراما العينية يقوم بخلقها المريض.

وتوضح رهين أن المعالجين الجشطلتين يدمجون الفن مع طرقهم الخاصة للعمل مع عملائهم ولكن بغض النظر عن الاتجاه الذي يأخذه أي منهم. فإنهم يرتبطون في النهاية بالمفاهيم لسيكولوجية الجشطلت. (Rubin , 1987 , 175 – 186).

يرى الباحث من خلال عرض النظريات السابقة أن العلاج بالفن يساعد على التعبير عن المشاعر بأسلوب غير لفظي في المواقف التي يصعب فيها التعبير اللفظي.

ويتضح أن كل من النظريات السابقة تنادي بما تراه صواب أو تكون الحقيقة في أحد التعاريف أو في جميعها أو تكون بعيدة عنها كلها. فكل نظرية تضع تصوراً حسب إدراكها للحقيقة ، وليس على أساس الحقيقة المطلقة ذاتها. فالعلاج بالفن في نظرية التحليل النفسي يستخدم لتحقيق الاستبصار أما في النظرية السلوكية يستخدم لتعليم سلوك جديد أما في النظرية المعرفية يستخدم لتنمية المهارات المعرفية ، أما في نظرية الجشطلت يستخدم لتحقيق الإدراك والاستبصار ، ومن هنا يستند الباحث فى هذة الدراسة على النظرية السلوكية .

سابعاً : دراسات تناولت العلاج بالفن :

(١) دراسة حنان حسن نشأت (١٩٩٤) :

بعنوان :- أثر استخدام الفن التشكيلي في تعديل بعض المظاهر السلوكية من مرض التخلف العقلي.

عينة الدراسة :- تكونت من ٢٥ طفلاً ذكوراً وإناثاً من مدارس النصر مدرسة الرعاية الفكرية ومدرسة التربية الفكرية تراوحت أعمارهم بين ٦ : ١٥ عاماً ، ونسبة الذكاء ما بين ٣٥ : ٧٠ درجة.

هدف الدراسة :- تهدف الدراسة إلى تعديل المظاهر السلوكية لدى الأطفال ذوي التخلف العقلي وذلك باستخدام الفن التشكيلي.

نتائج الدراسة :- توصلت الدراسة إلى حدوث تعديل في السلوك وتوجيه العدوان إلى مواقف أخرى تسمح بظهوره ولكن بطريقة لا عدوانية.

(٢) دراسة سحر حلمي غانم (٢٠٠٤) :

بعنوان :- دراسة لفاعلية العلاج بالفن في علاج المخاوف المرضية لدى عينة من تلاميذ الحلقة الأولى من التعليم الأساسي.

عينة الدراسة :- تكونت من (٢٠) تلميذاً وتلميذة تتراوح أعمارهم ما بين ٨ : ١٠ سنوات ممن يعانون من المخاوف المرضية.

هدف الدراسة :- تهدف إلى تصميم وتطبيق برنامج للعلاج بالفن لعلاج المخاوف المرضية لدى عينة من تلاميذ الحلقة الأولى من التعليم الأساسي من الجنسين (ذكوراً ، إناث) ، وكذلك الكشف عن مدى استمرارية تأثير البرنامج خلال فترة متابعة مدتها ٣ أشهر على الأقل من انتهاء البرنامج العلاجي.

نتائج الدراسة :- كشفت عن تحقق فروض الدراسة ، وتمت مناقشة النتائج في ضوء الإطار النظري والدراسات السابقة.

(٣) دراسة فهد بن سليمان الفهيد (٢٠٠٧):

بعنوان :- ١- دور العلاج بالفن التشكيلي في تأهيل ذوي إصابات العمود الفقري في مدينة الملك فهد الطبية.

هدف الدراسة :- تهدف إلى توضيح الدور الذي يقوم به العلاج بالفن في تأهيل ذوي إصابات العمود الفقري من خلال ، الرسم والتصوير والتشكيل المجسم ، والتخيل الموجه والصور الذهنية والعلاج الترويحي الفني. وكذلك عرض بعض استراتيجيات العلاج بالفن التشكيلي في تأهيل ذوي إصابات العمود الفقري. وكذلك تكشف المشكلات الإنفعالية التي يعاني منها المصابين بأمراض العمود الفقري من خلال العينة وكيفية التعامل معها بالفن التشكيلي.

عينة الدراسة :- تكونت من ثلاث حالات من إصابات العمود الفقري تمت متابعتها بمستشفى التأهيل الطبي.

نتائج الدراسة :- عرض الباحث من خلال النتائج الاستراتيجيات التي تستخدم في وحدة العلاج بالفن و ذكر عدد من التوصيات أهمها القيام بدراسات مماثلة موسعة من حيث عدد العينة لتكشف الاستراتيجيات المستعملة في مجال العلاج بالفن التشكيلي.

(٤) دراسة :- فالنتينا وديع الصايغ (٢٠٠١):

بعنوان :- فاعلية الأنشطة الفنية في تخفيض حدة السلوك العدواني لدى الأطفال الصم في مرحلة الطفولة المتأخرة من ٩ : ١٢ عام.

هدف الدراسة :- تهدف إلى الكشف عن مظاهر السلوك العدواني لدى الأطفال الصم ، والكشف عن مدى فاعلية برنامج من الأنشطة الفنية الفردية والجماعية لتخفيض حدة السلوك العدواني لدى الصم.

عينة الدراسة :- تكونت من (٤٠) طالب وطالبة من الأطفال الصم الذين تتراوح أعمارهم بين ٩ : ١٢ من مدرسة الأمل بالمطرية في مستوى ذكاء متوسط.

نتائج الدراسة :- بينت النتائج أهمية الأنشطة الفنية في تخفيض حدة السلوك العدواني للأطفال الصم في مرحلة الطفولة المتأخرة.

(٥) دراسة كوزلوسكا (٢٠٠١) Kozlowska Hanny:

بعنوان :- العلاج بالفن الجماعي مع الأطفال المصابين بالصدمة نتيجة للعنف وانفصال الوالدين.

هدف الدراسة والعينة :- استهدفت الدراسة علاج خمس من الأطفال لديهم أعراض ضغوط ما بعد الصدمة ، تتراوح أعمارهم ما بين ٤ : ٨ سنوات وذلك باستخدام العلاج بالفن الجماعي كما كان هؤلاء الأطفال يعانون من مشاكل مرتبطة بالصدمة.

أدوات الدراسة :- تعرض الأطفال لعلاج سابق تضمن مزج من التدخلات الاجتماعية والنفسية والأسرية والبيولوجية وكانت استجابة الأطفال لهذا العلاج جزئية.

لذلك أسس العلاج بالفن وقد استمر سبع أسابيع بواقع ساعة في الأسبوع.

نتائج الدراسة :- أظهرت النتائج أن استخدام العلاج بالفن قد سهل تعرض الأطفال لسبب الصدمة بأسلوب أقل مباشرة وسمح في التقليل من حدة القلق والأحاسيس الجسدية.

(٦) دراسة هاوي وآخرون Howie et al (٢٠٠٢):

بعنوان :- إطلاق الصور المحاصرة : الأطفال يصارعون واقع هجمات ١١ سبتمبر.

هدف الدراسة :- تهدف الدراسة إلى منح الأطفال الذين فقدوا أحد أفراد أسرتهم في أحداث الحادي عشر من سبتمبر بيئة مدعمة وفرصة ليعبروا عن هذا الحدث بالطرق الفنية.

عينة الدراسة :- تراوحت أعمار الأطفال ما بين سن الطفولة والمراهقة.

أدوات الدراسة :- توالت هيئة الخدمات النفسية للأطفال والمراهقين مهمة تقديم الخدمات لهم ، وكانت مجموعة العلاج بالفن ذات نهايات مفتوحة وبدون تقديم موضوعات محددة.

نتائج الدراسة :- دلت النتائج على أن العلاج بالفن ساعد الأطفال والمعالجين على توفير بيئة آمنة يستطيعون فيها توضيح مخاوفهم واهتمامهم وذلك عن طريق الأعمال الفنية التي قاموا بعملها أثناء عملية العلاج بالفن. فأظهر بعض الأطفال تخيل وتنفيذ أبطال منقذين والبعض الآخر وجد العزاء والسلوان بينما أظهر البعض منهم مخاوفهم ولم يستطيعوا إلى الذهاب إلى أبعد من ذلك.

(٧) دراسة عوض بن مبارك إليامي (٢٠٠٤):

بعنوان :- الأشكال البصرية والعلاج النفسي : نحو علاج معرفي سلوكي بالفن التشكيلي.

هدف الدراسة :- تهدف إلى توضيح دور الفن في العلاج وتوضيح الأساليب الحديثة المختلفة التي ابتدعت في ميدان العلاج بالفن وأيضاً تأكيد الحاجة إلى العلاج بالفن في بيئاتنا المحلية وتوضيح عملي تجريبي لكيفية العلاج بالفن من خلال عرض حالتين.

عينة الدراسة : تكونت من حالتين قام بمتابعتهما في عيادته الخاصة.

نتائج الدراسة :- أظهرت أن العلاج بالفن لا يقتصر على الأساليب الإسقاطية فحسب ، بل من الممكن الاستفادة من الأشكال البصرية حتى في منأى عن التحليلات السيكودينامية للرموز الفنية وتبعاً لذلك اقترنت النظرية المعرفية السلوكية في العلاج النفسي بالعلاج بالفن التشكيلي.

تعقيب على الدراسات والبحوث السابقة :

من خلال الدراسات التي تم عرضها نجد أنها تؤكد على أن العلاج بالفن مهما تنوعت الطرق المستخدمة إلا أنه وسيلة عن التعبير عن النفس بكل ما بداخلها من مشاعر وانفعالات وأفكار ، حيث يساعد العلاج بالفن علي توفير بيئة آمنة بين المعالج والمريض لكي يتم التنفيس عن ما بداخلهم.

ولذلك اهتمت الدراسة الحالية باستخدام أسلوب العلاج بالفن كأسلوب من الأساليب العلاجية الجديدة التي تقوم على استخدام الأنشطة الفنية وتوظيفها بأسلوب مخطط لتحقيق أغراض علاجية وفقاً لأهداف الخطة العلاجية وأغراض كل من المعالج ومتطلبات الطفل.

الفصل الثالث

استخدام العلاج بالفن في إرشاد وعلاج الأطفال التوحديون

- فوائد استخدام الأنشطة الفنية في علاج الأطفال التوحديون
- متطلبات العلاج بالفن للطفل التوحدى
- دور المعالج بالفن مع الطفل التوحدى
- الخصائص المميزة لرسومات الأطفال التوحديون
- نظرة التوحديون إلى الأدوات الفنية
- دور برنامج العلاج بالفن مع الأطفال التوحديون
- حساسية الأطفال التوحديون والعلاج بالفن
- دراسات تناولت العلاج بالفن عند الأطفال التوحديون

الفصل الثالث

استخدام العلاج بالفن في إرشاد وعلاج الأطفال التوحديون

تمهيد :

إن الفن برموزه التشكيلية يدعم خبرات الأطفال وينمي ملكات الابتكار لديهم ويرتقي بوجدانهم وأحاسيسهم ؛ لذلك اهتم الباحثون برسوم الأطفال منذ زمن طويل وتم تصنيف رسوم الأطفال حسب أعمارهم الزمنية والخصائص الفنية.

ففي الآونة الأخيرة ، بدأ البحث عن وسائل تساعد على تطوير أنواع وأساليب العلاج السائدة في مجال الاضطرابات النمائية والعقلية ، حتى لا يقتصر العلاج على الوسائل الكيميائية والسلوكية.

من هذه الوسائل العلاج بالفن بوصفه مادة علاجية وتأهيلية ولم يعد العلاج بالفن قاصراً على المرضى النفسيين والعقليين وذوي الاضطرابات السلوكية. وإنما تهتم الدول المتقدمة بالفن بوصفه مادة علاجية وتأهيلية مع الفئات الخاصة لما للفن التشكيلي بجميع مجالاته التطبيقية (الرسم والتشكيل الفني) من فوائد علاجية تأهيلية لها تأثيرها على النواحي الانفعالية والسلوكية.

ويقول Andersof (١٩٩٤) أن اضطراب التوحد فئة من الفئات الخاصة إلا أن برامج العلاج لديهم تفتقر إلى خطط تأهيلية للعلاج بالفن بطريقة مباشرة ، وأن برامج الفن التشكيلي في الكثير من برامج التوحد تستعمل الفن التشكيلي بجميع مجالاته بشكل يشبه في تطبيقاته برامج التربية الفنية مع الأطفال العاديين .

وتشير سهى أمين (٢٠٠٢) أن الأنشطة الفنية تعتبر من أهم الأنشطة لأطفال التوحد وذلك لأنها تساعد هؤلاء الأطفال في تنمية إدراكهم الحسي وأيضاً تنمية الإدراك البصري لديهم عن طريق الإحساس باللون والخط والمسافة والبعد والحجم أيضاً الإدراك اللمسي عن طريق ملامسة السطوح ، وأيضاً تدرب الأنشطة الفنية الأطفال على كيفية استخدام بعض الأدوات والخامات التي تمهد للإمساك والتحكم فيما بعد في أدوات الكتابة. (سهى أحمد أمين ، ٢٠٠٢ ، ١١٨).

لذلك يجب التركيز على استخدام العلاج بالفن مع الاطفال التوحديون لتنمية النواحي السلوكية والنفسية.

ومن خلال ذلك سوف يعرض الباحث النقاط الهامة في العلاج بالفن للأطفال التوحديون.

أولاً : فوائد استخدام الأنشطة الفنية في علاج الأطفال التوحديون:

يقول القريطي (١٩٩٦) أن الأنشطة الفنية تتيح طبيعة المواد والأدوات المختلفة المستخدمة في الأنشطة الفنية إمكانية التعبير عن ذاته من خلال إنتاج أعمال من النوع المجدد والذي به يزيد من شعوره بالنجاح وإحساسه بالقدرة على الإنجاز ، وتساعد في تدريب الاستعدادات والوظائف العقلية كالملاحظة والانتباه. وتساهم الأنشطة الفنية في تنمية المهارات الجسمية اليدوية والوظائف الحركية ، وتطوير فنون التوافق والتآزر الحسي والحركي ، حيث بذلك تكفل الأنشطة الفنية فرصاً كثيرة لهؤلاء الأطفال لتنمية شعورهم بالإنجاز حيث يتم من خلال العمل الفني شعور الطفل بأنه أنتج شيئاً مهماً ، ويضيف أيضاً أنها تساعد الطفل التوحدى على الإفصاح عما بداخلهم من خلال العمل الذي يقوم به وإنتاجه الفني مما يسهم في التنفيس عما يعانون من إنفعالات وعدم الاتزان. (عبد المطلب القريطي ، ١٩٩٦ ، ١٢١ : ١٢٢)

ثانياً : متطلبات العلاج بالفن للطفل التوحدى:

يقصد بمتطلبات العلاج بالفن التي تستخدم مع الطفل التوحدى المواد ، المكان والزمان وتنظيم عملية العلاج بالفن أما عن (الزمن) حيث يتم تحديد زمن كل جلسة حسب الحالة وما إذا كان العلاج فردياً أو جماعياً ، ومن المهم أن تكون جلسات العلاج بالفن مع الطفل التوحدى متصلة ومستمرة ويفضل أن لا تقل الجلسات عن واحدة في الأسبوع وأن لا تقل عن ساعة في الجلسة الواحدة.

أما عن (الأنشطة الفنية) التي يتم استخدامها في العلاج بالفن حيث يتم تحديد نوع النشاط الذي يقوم به الطفل التوحدى فهناك أنشطة فنية تطلب من المريض القيام بها ، وهناك أنشطة فنية حرة يترك له الخيار فيها وذلك حسب الهدف المحدد.

أما عن (المواد) التي يجب توافرها فأهمها : ألوان الباستيل ، أقلام الخشب الملونة الفرش وألوان المياة ، وطين الصلصال وأوراق الرسم والصمغ والمقصات وأدوات الطباعة.

أما عن (مضمون العلاج بالفن) فإنه يتفاوت من البساطة إلى التعقيد حسب المواد المتوافرة ، وحسب الزمن المتاح ، وحسب هدف العلاج. وهكذا فإن المعالج بالفن يوظف معرفته لتيسير التعبير الفني ولتحقيق الأهداف العلاجية للطفل. (إجلال سري ، ٢٠٠٠ ، ٢٤٩ : ٢٥٠)

وسوف يتناول الباحثهذا الجزء بالاستفاضة في الإجراءات العملية لتنفيذ البرنامج المعد.

ثالثاً : دور المعالج بالفن مع الطفل التوحدى :

تقول إجلال سري (٢٠٠٠) أن المعالج بالفن هو أحد طرفي العلاج بالفن وهو معالج تخصص في هذه الطريقة العلاجية وهو الثابت نسبياً في المعادلة ، بالمواد المكان والفنيات ، بينما الطفل التوحدى متغير وعملهم دينامي. (إجلال سري ، ٢٠٠٠ ، ٢٤٦).

ويشير Evans وآخرون (١٩٩٨) أن أهم ما يصبو إليه المعالج هي العلاقة التي يقيمها مع الطفل لأنها غاية في الأهمية بالنسبة للعملية العلاجية ومن هنا ينحصر دور المعالج بالفن لدى الأطفال التوحديون في الآتي :-

- توجيه الأطفال وشد أنتباههم للعمل الفني مع تمثيل نموذج أمامهم للعمل الفني المراد عمله ، ولكنه لا يتدخل حينما يبدأ الأطفال في العمل إلا للمساعدة فقط.

- تشجيع الأعمال التي يخرجها هؤلاء الأطفال.

- يهتم بالظروف الخارجية المحيطة بالعمل الفني وكيفية تأدية الطفل له وانفعالاته أثناء عمله الفني. (Evans & R , 1998).

رابعاً : الخصائص المميزة لرسومات الأطفال التوحديون:

يوضح Brainsr (١٩٧٩) خصائص رسوم الأطفال التوحديون في عدة نقاط:

يلجأ كثير من هؤلاء الأطفال إلى رسم أشكال دائرية كثيرة وأيضاً أشكال لولبية وهذه الأشكال تدور بشكل متصل وبعضها منفصل لا يتحرك.

يرسم هؤلاء الأطفال على الورق من اليسار إلى اليمين ومن أعلى إلى أسفل.

يميل هؤلاء الأطفال إلى غلق الأشكال المرسومة.

أثناء التلوين يكون تلوينهم على شكل شرائط طولية أو عرضية.

يميل هؤلاء أيضاً في بعض الأحيان إلى تكديس الورقة بالأشكال وأحياناً أخرى بتكديس جزء معين فقط من الصفحة.

تتميز رسوماتهم بالرتابة والتكرار والسيمترية وعدم التناسق.

لا يهتمون بمجمل (الكل) للصورة المرسومة ولكن يهتمون بتفاصيل صغيرة دقيقة.

يلجأ بعضهم إلى رسم خطوط سميكة أو خطوط باهتة جداً.

اختيارهم للألوان يتم بصورة تلقائية وأغلب هؤلاء لديهم ميل للألوان الحية ، وغالباً ما يفضلون الألوان كما هي بعيداً عن خلطها بعضها ببعض.

غالباً ما تغلب على رسوماتهم الأشكال الهندسية ، وتكون أشكال الدائرة والمستطيل والمربع هي التي تغلب على رسوماتهم.

في تناولهم لأدوات الرسم لا يبدون اهتماماً بما يفعل المحيطون بهم ولكن مع تكرار الموقف يبدءون في الانتباه وتقليد بعض الأفعال التي تتم أمامهم. (سهى أمين ، ٢٠٠٢ ، ١٢٢).

خامساً : نظرة االتوحديون إلى الأدوات الفنية:

يرى Evans أن الأطفال التوحديون لا يرون الأشياء ولا يسمعون التعليمات المعطاة لهم وبعد فترة يكتشفون أن الألوان والطباشير تحدث أثراً على لوحة الرسم أو الورق أو الصلصال الموجودة أمامهم ، فيبدأون يلاحظون الآخرين في تناولهم لهذه الأدوات ، ثم يبدأون يتسلمونها ويتفحصونها ويجربونها تجريباً عشوائياً إلى أن تحدث أثراً ، فيهتمون بها ويناولهم المعالج ويبدءون في استخدامها الاستخدام الملائم (Evans , K. R , 1997).

سادساً : دور برنامج العلاج بالفن مع الأطفال التوحديون :

يشير " جونس " إلى أن برنامج العلاج بالفن يساعد الطفل التوحدى للخروج من حيز التفاعل مع نفسه إلى التفاعل مع المعالجة ومع العمل الفني ومن ثم الأصحاب حوله. ومن هنا يحدث الاتصال بينه وبين الآخرين. ويقول : إن أهم الأشياء التي يهتم بها برنامج العلاج بالفن هي مراحل تقبل الطفل التوحدى لكيفية صناعة العمل الفني واستقباله للخامات المناسبة. (Jones , R,1998 , 213 - 230)

ويضيف " ريتن " : يعمل برنامج العلاج بالفن على تنمية وعي الطفل التوحدى بنفسه وأنه قادر على إخراج عمل جميل ، وأيضاً في بداية إحساس الطفل بنفسه هي بداية منظمة لإحساسه بالبيئة من حوله ، ويعمل أيضاً على إطلاق الشعور التعبيري والانفعالي لدى الطفل وذلك من خلال تطور التفاعل الإنساني بينه وبين العميل الفني والمعالجة ، ويرى أن برنامج العلاج بالفن يثري الأسلوب الجامد الذي يتبعه التوحديون في الرسم ويجعله أكثر ليونة فيما يتعلق بالأعمال المصنعة ومن خلال هذه الطرق يتعلم الطفل الكثير من طرق التواصل مع البيئة المحيطة. (Rutten Saris , M & Evans , K , 1999).

ويرى الباحث أنه من خلال العلاقة التي تحدث بين الطفل التوحدى والمعالج والعمل الفني تنتج علاقة مستمرة بينهم ؛ لأن المعايشة أثناء العمل تنتج علاقة قوية ، وذلك بسبب المشاكل السلوكية التي يمر بها الأطفال التوحديون.

سابعاً : حساسية الأطفال التوحديون والعلاج بالفن :

يعاني كثير من الأطفال التوحديون من شذوذ في التفاعل مع المثيرات الحسية ، وهذه المشكلة يمكن وصفها بالحساسية تؤدي إلى مشكلات سلوكية وتعليمية لدى الطفل التوحدى ومن هنا يساعد المعالج بالفن في توفير خبرات حسية ذات معنى عندما يكون على دراية بالمثيرات الحسية الفعالة وفعاليتها مع النظام الحسي للطفل التوحدى ، وبذلك يمكن تجنب المشكلات السلوكية التي تنتج عندما يتم تقديم مادة معينة لا يتحملها الطفل بسبب حساسيته نحوها.

على سبيل المثال يمكن أن يستمتع طفل توحدى بمشاهدة لعابه يسيل وفي هذه الحالة يمكن للمعالج بالفن أن يفهم سلوك الطفل ويمكن أن يساعده على استبدال هذا السلوك مثل قيام الطفل برسم صورة باستخدام الفرشاة التي تتساقط منها قطرات اللون.

وعند تعليم الطفل المهارات الحركية الأساسية يجب مراعاة إعداد المواد التي يتعامل معها بشكل يسهل الوصول إلى الهدف مثل ممكن تحديد علامات بصرية تساعد على أداء المهمة مثل رسم خط على الورقة يحدد المكان المراد قصه وهذا يساعد الطفل على تجنب القيام بتصرفات عكسية عندما يواجه مهمات غير مفهومة بالنسبة له. (إبراهيم بدر ، ٢٠٠٤ ، ١٠٨)

أما المهارات الاجتماعية (مهارات التواصل) : تعتبر مهارات التواصل غير اللفظية مثل الاتصال البصري والإيماءات أساساً لنمو مهارات التواصل اللفظي. فإن نطق الطفل التوحدى بالكلمات يجب أن يكون مصاحباً لقيامه بالتواصل غير اللفظي ، ويسهم العلاج بالفن في فهم الكلمات التي ينطق بها الأطفال التوحديون لتعريف الأشكال المرسومة والمفضلة لديهم. (المرجع السابق ، ١١٠).

ثامناً : دراسات تناولت العلاج بالفن عند الأطفال التوحديون:

(١) دراسة (كارنريك سيلمز وآخرون) (١٩٩١) Karnerick Thelamz:

بعنوان :- برنامج علاجي بالفن لطفل توحدى:

هدف الدراسة :- تهدف إلى تحسين مستوى الاتصال عنده ومستوى القلق وزيادة إقباله على النشاطات والحياة الاجتماعية وتحسين مستوى تقديره لذاته وتحسين قدرته على التآزر الحركي البصري.

أدوات الدراسة :- اشتمل البرنامج على نشاطات الرسم بأقلام فلوماستر ، ألوان مائية على الورق ، عمل دمى وعرائس وغيرها من الأعمال الفنية كما تم تشجيع الأم على المشاركة في البرنامج العلاجي بعد تلقيها لبعض التوجيهات الإرشادية في أساليب المعالجة.

نتائج الدراسة :- أوضحت أنه بعد ثلاثة شهور من العلاج بالفن تناقصت حدة غضب الطفل وتوتره بوضوح ، حيث زودته العملية الفنية بوسائل لبناء علاقات مستقرة مع المعالجة ، وأيضاً قد تخلص من الخيط العشوائي لذراعيه ويديه ببعضها ، إقلاعه عن أحداث أصوات غريبة وتحسن اتصاله بمن حوله.

وأثبتت برامج العلاج بالفن فعاليتها للطفل من خلال تنمية مهاراته في استخدام الأدوات الفنية ، وتمكينه من التعبير عن العالم الداخلي وبيئته المحيطة وعن أشياء لم يكن يستطيع التعبير عنها بالكلام.

(٢) دراسة كنارف ريتا لاين (٢٠٠٢) Kanareff – Rita:

عنوان الدراسة :- برنامج علاج بالفن لتنمية المهارات الاجتماعية والتقليل من الأعراض المتلازمة لدى الأطفال التوحديون.

هدف الدراسة :- هو الكشف عن أثر استخدام العلاج بالفن لتنمية المهارات الاجتماعية للأطفال التوحديون.

عينة الدراسة :- تكونت من (٤) أطفال من منطقة الغرب الأوسط لأمريكا ، وتم تقسيم المجموعات إلى قسمين (٣) أطفال مستويات مختلفة من التوحد أما الطفل الرابع لديه مجموعة من أعراض متلازمة.

نتائج الدراسة :- توصلت إلى أن هؤلاء الأطفال التوحديون أظهر تحسن في المهارات الاجتماعية لديهم وتطور في علاقاتهم بالمجتمع وذلك نتيجة لبرنامج العلاج بالفن الذي كان يتم من خلال مرتين في الأسبوع لهؤلاء الأطفال.

(٣) دراسة هنلي ، ديفيد Henley – David – R (٢٠٠٢) :

عنوان الدراسة :- نعم في التذكر : تعبير اصطلاحي كمؤثر في مجموعة العلاج بالفن عند الأطفال التوحديون.

ملخص الدراسة في التقارير عن النتائج العلاجية الناتجة عن طريق استخدام التعبير الاصطلاحي في مجموعة العلاج بالفن مع عينة تتكون من (٧) أطفال لـ (٨) سنوات لديهم اضطراب التوحد وزيادة في النشاط الزائد وتشتت الانتباه وقد استخدمت التعابير قبل استخدام برنامج العلاج بالفن لتحديد القضايا التي يمكن معالجتها باستخدام العلاج بالفن وهي تربية النفس والعلاقة الأسرية.

(٤) دراسة روبين جابريلز (٢٠٠٣) Gabrrels , Robinl :

عنوان الدراسة :- العلاج بالفن للأطفال التوحديون وعائلاتهم.

هدف الدراسة :- توضيح دور العلاج بالفن في مساعدة الأطفال التوحديون على النمو والتطور واكتساب وتعميم المهارات الأساسية التي يحتاجونها لمرحلة ما قبل المدرسة وأهمها مهارة الرسم.

وينبثق هذا الدور من الطبيعة الحسية لأدوات التربية الفنية التي تجذب انتباه الأطفال التوحديون وتحفزهم على المشاركة مع الآخرين. وتقوم خطة العلاج بالفن على أستغلال هذه الميزة للفن في تنمية المهارات الأساسية للطفل التوحدى ثم أستخدام الأنشطة الفنية لتحسين وتقوية تفاعلات إجتماعية ذات هدف للأطفال التوحديون مع أقرانهم. كما أن الأنشطة الجماعية للعلاج بالفن توفر مجالاً للمناقشة بين الوالدين والأقارب من جهة والطفل التوحدى من جهة أخرى لدعم كل منهم الآخر للوصول إلى أفضل صيغة للتعامل مع الطفل التوحدى.

(٥) دراسة أميري ميلاندجي (٢٠٠٤) Emery , Melindaj :

بعنوان :- العلاج بالفن للأطفال التوحديون.

تعرض الدراسة العلاج عن طريق الفن لطفل يبلغ (٦) سنوات مصاب بمرض التوحد ، يقول أن الأطفال يظهرون إبداعهم في الفن والرسم لأنه شيء متأصل في حاجاتهم الملحة في التواصل في عالمهم المنغلق ، وأن الأطفال التوحديون لديهم صعوبة في الاتصال بالآخرين.

فإن دراسة هذه الحالة تكشف قيمة التدخل العلاجي عن طريق الفن في تنمية نمو وقدرات الأطفال على التواصل ، ويأتي هذا النمو عن طريق تسليط الضوء من خلال مناقشة رسومات الأطفال التي تعبر عن التقدم في أوضاع الثبات لديه.

(٦) دراسة مارتن نيكول (٢٠٠٨) Marten – Necol:

بعنوان :- تقييم اللوحات المرسومة التي أنتجها الأطفال التوحديون أنه من الصعوبة أن يتعرف الطفل التوحدى على تفاصيل وجه الإنسان هذه الدراسة تم جمعها واستعراض البيانات عن كيف للأشخاص التوحديون الاقتراب من مهمة رسم وجه الإنسان وتمثيل الوجوه على وجه الخصوص.

تم جمع رسومات قام بها (٢٥) طفلاً من المصابين بالتوحدوذلك لإجراء دراسة لتقييم اللوحات المرسومة. بينهم وبين (١٥) طفلاً مصابين باضطراب عصابي. فأظهرت النتائج أن الأطفال التوحديون كان أكثر مشاركة وتخاطب بالعلاج بالفن عن نظرائهم الذين يعانون من اضطرابات عصابية وهذا يتناقض مع توصيفهم بالانعزالية.فكان استخدام الرسم بناء ناجح ووسيلة ملموسة للدخول في علاقات تحمل في طيها إمكانية العلاج بالفن لتنمية معالجة الانعزالية لدى الأطفال التوحديون.

(٧) دراسة عوض إليامي (٢٠٠٤):

دراسة تطرق فيها إلى كيفية تنمية بعض النواحي النمائية بالفن التشكيلي وذلك في تأهيل طفل توحدى من خلال استراتيجية مقترحة طبقت على الطفل العينة عن طريق الرسم والصلصال الملون وجاءت نتائج الدراسة إيجابية من حيث تنمية إدراك الطفل بشكل الدائرة وحجم الكرة وتعلم بعض الكلمات ونطقها وتنمية التواصل والتركيز والناحية البدنية.

تعقيب على الدراسات السابقة :

يتضح من العرض السابق لهذه الدراسات أن العلاج بالفن كأسلوب علاجي يعد فعالاً في تحسين مستوى الاتصال ومستوى القلق كما في دراسة (Karnerick , Thelam , 1991) حيث يؤدي إلى تحسين المهارات الاجتماعية لديهم ووجود علاقة مع المجتمع والمقربين لديهم. (Kanareff – Rita – Lynn , 2002)

مما يؤدي بطبيعة الحال إلى النمو والتطور واكتساب مهارات أساسية يحتاجها الأطفال التوحديون لمرحلة ما قبل المدرسة ومنها مهارة الرسم وبعد أن يكون الطفل قد نمى هذه المهارة يمكن إمداده بمجموعة من المهارات المتنوعة من الخبرات الفنية.(Gabriels Robin: 2003)

إن رسومات الأطفال التوحديون يمكن أن تعبر عن ما بداخلهم وأيضاً تعطي الطفل الفرصة للمشاركة والتخاطب مع الآخرين والبعد عن الانعزالية. (Martin Nicole2008) وإذا كان برنامج العلاج بالفن يسهم في تحسن مستوى الطفل الإجتماعي فإنه يساعده على التقليل من النشاط الزائد وتحسن الانتباه (Henley David: 2002) وتنمية إدراك الطفل بالأشياء والتركيز (عوض إليامي، ٢٠٠٤:ب) ويؤدي إلى زيادة مفرداتهم اللغوية المكتسبة والحد من التلفظات المتكررة وغير المفهومة. ويؤدي مناقشة أعمال ورسومات الأطفال التوحديون الفنية إلى توضيح مدى التقدم في أوضاع الطفل مما يؤدي إلى كشف قيمة التدخل العلاجي عن طريق الفن. (Emery , Melindaj: 2004) ويتضح من ذلك وجود ندرة في الدراسات التي تناولت هذا الأسلوب العلاجي في البيئة العربية.

قائمة المراجع

إبراهيم الزريقات (٢٠٠٤) : *التوحد ، الخصائص والعلاج* ، عمان ، دار وائل للنشر والتوزيع.

إبراهيم عبد الفتاح الغنيمي (٢٠١٠) : *استخدام القصص الاجتماعي في تنمية بعض المهارات الاجتماعية لدى الأطفال الأوتيزم* ، *رسالة دكتوراه* ، كلية التربية جامعة بنها.

إبراهيم محمود بدر (٢٠٠٤) : *الطفل التوحدي تشخيص وعلاج* ، القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية.

إجلال محمد سري (٢٠٠٠) : *علم النفس العلاجي* ، ط٢،القاهرة ، عالم الكتب .

أحمد عكاشة (٢٠٠٣) : *الطب النفسي المعاصر* ، القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية.

أزهار أمين أحمد (٢٠٠١) : *مدى فاعلية برنامج علاجي للأطفال الاجتراريين. رسالة ماجستير* ، قسم الإرشاد النفسي ، معهد البحوث والدراسات التربوية ، جامعة القاهرة.

إسماعيل إبراهيم بدر (١٩٩٧) : *مدى فاعلية العلاج بالحياة اليومية في تحسين حالات الأطفال ذوي التوحد*. المؤتمر الدولي الرابع للإرشاد النفسي (٢ – ٤) ديسمبر مج٢ ، ٧٢٧ – ٧٥٨.

إلهامي عبد العزيز إمام (١٩٩٩) : *الذاتوية لدى الأطفال ، مراجعة نقدية* ، معهد الدراسات العليا للطفولة ، القاهرة.

(٢٠٠١) : *سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة* ، القاهرة ، بدون دار نشر.

(٢٠٠٣) : *الطفل التوحدي (الأوتيزم)*. المجلد الأول ، العدد الأول ، مطبعة جامعة المنصورة.

آمال عبد السميع مليجي باظه (٢٠٠١ - أ) : *اضطرابات التواصل وعلاجها* ، القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية

(٢٠٠١ - ب) : *تشخيص غير العاديين ذوي الاحتياجات الخاصة* ، القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية.

(٢٠٠٢) : *سيكولوجية غير العاديين " ذوي الاحتياجات الخاصة* ، القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية.

(٢٠٠٣) : *استمارة دراسة الحالة للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة* ، " *غير العاديين* " كراسة تعليمات ، القاهرة ، الأنجلو المصرية.

أنور محمد الشرقاوي (٢٠٠١) : *التعلم نظريات وتطبيقات* ، الطبعة السادسة ، القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية.

جابر عبد الحميد ، علاء الدين كفافي (١٩٨٨) : معجم *علم النفس والطب النفسي* الجزء الأول ، القاهرة ، دار النهضة العربية.

(١٩٩٨) : معجم *علم النفس والطب النفسي* ، الجزء الخامس ، القاهرة ، دار النهضة العربية.

جمال الخطيب (٢٠٠٣) *: تعديل السلوك الإنساني* ، بيروت ، دار حنين.

جمال القاسم ، ماجد عبيد ، عماد الزغبي (٢٠٠٠) : *الاضطرابات السلوكية* ، عمان ، دار صفاء للنشر والتوزيع.

جمال تركي (٢٠٠٤) : معجم *المصطلحات النفسية* : شبكة العيون النفسية العربية.

جوزيف ف. ريزو وروبرت د. زابل (ترجمة عبد العزيز الشخصي وزيدان أحمد السرطاوي (١٩٩٩ – أ) *: تربية الأطفال والمراهقين المضطربين سلوكياً (النظرية والتطبيق*). الجزء الأول ، العين ، دار الكتاب الجامعي.

حسن مصطفى عبد المعطي (٢٠٠٣) : *الاضطرابات النفسية في الطفولة والمراهقة (الأسباب – التشخيص – العلاج)* ، القاهرة ، دار النهضة

حسني إحسان حلواني (١٩٩٦) : *المؤشرات التشخيصية الفارقة لأطفال ذوي الأوتيزم من خلال أدائهم على بعض المقاييس النفسية* ، *رسالة ماجستير غير منشورة* ، كلية التربية جامعة أم القرى بمكة المكرمة.

حسين فايد (٢٠٠٤) : *علم النفس المرضي (السيكوباثولوجي)* ، الإسكندرية ، مؤسسة حورس الدولية.

حميدة السيد العرابي (٢٠٠٥) : *فاعلية التدعيم في خفض مستوى النشاط الزائد لدى الأطفال التوحديين* ، *رسالة ماجستير* ، قسم علم نفس تربوي ، كلية تربية بور سعيد ، جامعة قناة السويس.

حنان حسن نشأت (١٩٩٤) : *أثر استخدام الفن التشكيلي في تعديل بعض المظاهر السلوكية لعينة من مرضى التخلف العقلي* ، دراسة تجريبية ، *رسالةماجستير* ، كلية الآداب ، عين شمس.

حياة المؤيد (١٩٩٦) : *بناء وتقويم برنامج لتعديل سلوك مجموعة من الأطفال المتخلفين عقلياً في المجتمع البحريني* " دراسة تجريبية " ، *رسالة دكتوراه غير منشورة* ، كلية البنات ، جامعة عين شمس.

رشاد على عبد العزيز موسى (٢٠٠٢) : *علم النفس الإعاقة* ، القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية.

رشدي منصور (٢٠٠٠) : *علم النفس العلاجي والوقائي – رحيق السنين* ، القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية.

رضا عبد الستار كشك (٢٠٠٧) *: فاعلية برنامج تدريبي بنظام تبادل الصور في تنمية مهارات التواصل للأطفال التوحديين* ، *رسالة دكتوراه* ، كلية التربية ، جامعة الزقازيق.

رفعت محمود بهجات (٢٠٠٧) : *الأطفال التوحديين جوانب النمو وطرق التدريس* ، القاهرة ، عالم الكتب.

رمضان محمد القذافي (١٩٩٤) : *سيكولوجية الإعاقة* ، طرابلس ، الدار العربية للكتاب.

ريتا جوردن ، ستيوارت بيول (٢٠٠٧) : *الأطفال التوحديين ، جوانب النمو وطرق التدريس* ، (ترجمة رفعت محمود) ، القاهرة ، عالم الكتب.

زينب محمود شقير (٢٠٠٢) : *سلسلة سيكولوجيةالفئات الخاصة والمعوقين* ، القاهرة : مكتبة النهضة المصرية.

(٢٠٠٤) : *نداء من الابن المعاق* ، المجلد الأول ط٢ ، القاهرة ، مكتبة النهضة المصرية.

(٢٠٠٥) : *علموا أبناءكم المعاقون عقلياً وتربوياً (التخلف العقلي – صعوبات التعلم – التأخر الدراسي – التوحد*) ، المجلد السادس ، القاهرة ، مكتبة النهضة المصرية.

سحر محمد حلمي غانم (٢٠٠٤) : *دراسة لفاعلية العلاج بالفن في علاج المخاوف المرضية لدى عينة من تلاميذ الحلقة الأولى من التعليم الأساسي* ، *رسالة ماجستير* كلية رياض الأطفال ، جامعة الإسكندرية.

سميرة عبد اللطيف السعد (١٩٩٨) : *برنامج متكامل لخدمة إعاقة التوحد في الوطن العربي. المؤتمر الدولي السابع لاتحاد هيئات الفئات الخاصة والمعوقين* ، الشويخ ، القاهرة.

سميرة على جعفر (١٩٩٢) : *تعديل أكثر المشكلات السلوكية شيوعاً لدى أطفال المدرسة الابتدائية باستخدام برنامج إرشادي في اللعب* ، *رسالة دكتوراه* ، معهد الدراسات والبحوث التربوية ، جامعة القاهرة.

سهام على عليوة (١٩٩٩) : *فعالية كل من برنامج إرشادي للأسرة وبرنامج للتدريب على المهارات الاجتماعية للتخفيف من أعراض الأوتيزم* ، *رسالة دكتوراه* ، كلية التربية ، جامعة طنطا.

سهى أحمد أمين (٢٠٠١) : *مدى فاعلية برنامج علاجي لتنمية الاتصال اللغوي لدى بعض الأطفال التوحديين* ، *رسالة دكتوراه غير منشورة* ، معهد الدراسات العليا للطفولة ، جامعة عين شمس.

(٢٠٠٢) : *الاتصال اللغوي للطفل التوحدي التشخيص – البرامج العلاجية* ، القاهرة : دار الفكر للطباعة والتوزيع.

سهير محمود أمين (٢٠٠٠) : *اللجلجة* ، دار الفكر العربي ، القاهرة.

سوسن شاكر الجلبي (٢٠٠٥ - أ) : *التوحد الطفولي " أسبابه – خصائصه – تشخيصه – علاجه "* ، ط١ ، دمشق ، سوريا : مؤسسة علاء الدين.

(٢٠٠٥ - ب) : *مشكلات الأطفال النفسية وأساليب المساعدة فيها* ، ج١ ، سوريا دمشق ، مؤسسة علاء الدين للطباعة والتوزيع.

سيد جارحي السيد يوسف (٢٠٠٤) : *فاعلية برنامج تدريبي في تنمية بعض مهارات السلوك التكيفي لدى الأطفال التوحديين وخفض سلوكياتهم المضطربة* ، *رسالة ماجستير غير منشورة* ، جامعة عين شمس ، كلية التربية.

السيد عبد العزيز الرفاعي (١٩٩٩) : *اضطراب بعض الوظائف المعرفية وعلاقتها بمستوى التوافق لدى الأطفال الذاتويين* ، *رسالة دكتوراه* ، معهد الدراسات العليا للطفولة ، جامعة عين شمس.

شاكر عطية قنديل (٢٠٠٠- أ) : *إعاقة التوحد طبيعتها وخصائصها* ، المؤتمر السنوي لكلية التربية بالمنصورة (نحو رعاية نفسية وتربوية أفضل لذوي الاحتياجات الخاصة) ، جامعة المنصورة ، أبريل ، ٤٧ – ٩٨.

(٢٠٠٠ - ب) : *برامج رعاية المعاقين* ، كلية التربية ، جامعة المنصورة.

صبحي عبد الفتاح (١٩٩٢) : *تعديل السلوك العدواني لدى الأطفال باستخدام برنامج للعلاج الجماعي باللعب وبرنامج للتدريب على المهارات الاجتماعية. رسالة دكتوراه* ، كلية التربية ، جامعة طنطا.

صفوت فرج (١٩٨٦) : *الذكاء ورسوم الأطفال* ، القاهرة ، دار الثقافة.

صلاح الدين عراقي محمد (٢٠٠٦) : *برنامج إرشادي للآباء لتحسين جودة حياة أبنائهم ذوي الاحتياجات الخاصة* ، مجلة كلية التربية ، جامعة بنها ، مج١٦ ، ع١٦ ، ٢١٩ – ٢٥٨.

طارق مسلم الشمري وزيدان أحمد السرطاوي (٢٠٠٢) : *صدق وثبات الصورة العربية بمقياس تقدير التوحد الطفولي* ، مجلة أكاديمية التربية الخاصة ، العدد الأول ، الرياض ، المملكة العربية السعودية.

(٢٠٠٥) : *صدق وثبات الصورة العربية لمقياس تقدير التوحد الطفولي* (مجلة أكاديمية التربية الخاصة ، ع (١) ، م (٢) ، شهر سبتمبر ، ١ : ٣٩

عادل عبد الله محمد (٢٠٠٢ - أ) : *الأطفال التوحديين: دراسات تشخيصية وبرامجية* ، القاهرة ، دار الرشاد.

(٢٠٠٢ - ب) : *فعالية برنامج تدريبي لتنمية بعض المهارات الاجتماعية للأطفال التوحديين* ، مجلة بحوث كلية الآداب – سلسلة الإصدارات الخاصة ، العدد(٧) ، جامعة المنوفية.

(٢٠٠٣): *جداول النشاط المصورة للأطفال التوحديين ، وإمكانية استخدامها مع الأطفال المعاقين عقليا* ،القاهرة ، دار الرشاد.

(٢٠٠٤ - أ): *الإعاقة الحسية ، سلسلة ذوى الاحتياجات الخاصة* ،القاهرة ، دار الرشاد.

(٢٠٠٤ - ب) : *الإعاقة العقلية ، سلسلة ذوى الاحتياجات الخاصة*، القاهرة ، دار الرشاد.

(٢٠٠٥) : *سيكولوجية الموهبة* ، القاهرة ، دار الرشاد.

(٢٠٠٨- أ) : *مقياس الطفل التوحدي* ، القاهرة ، دار الرشاد.

(٢٠٠٨ - ب) : *العلاج بالموسيقى للأطفال التوحديين*،القاهرة ، دار الرشاد.

عايدة عبد الحميد (١٩٩٠) : *العلاج بالفن مدخل نفسي وتنموي لرعاية الطفل المتخلف عقلياً دراسة حالات*. مجلة كلية التربية ، جامعة عين شمس ، عدد ١٤ ١٧ ــ ١٥٤.

عبد الرحمن سيد سليمان (٢٠٠٠) : *الذاتوية إعاقة التوحد عند الأطفال* ، القاهرة مكتبة زهراء الشرق.

(٢٠٠١) : *إعاقة التوحد* ، ط٢ ، القاهرة ، مكتبة زهراء الشرق.

(٢٠٠٤ - أ) *: اضطراب التوحد* ، ط٣ ، القاهرة : مكتبة زهراء الشرق.

سميرة محمد شندي ، إيمان فوزي سعيد (٢٠٠٤ - ب) : *الطفل التوحدي* ، القاهرة مكتبة زهراء الشرق.

عبد الرحيم بخيت عبد الرحيم (٢٠٠١) : *الطفل التوحدي (الذاتي الاجتراري) القياس والتشخيص الفارق*. المؤتمر الدولي السادس ، مركز الإرشاد النفسي ، ١٠ ــ ١٢ نوفمبر ، جامعة عين شمس.

عبد السلام عبد الغفار (١٩٩٠) : *مقدمه في الصحة النفسية* ، القاهرة ، دار النهضة العربية.

عبد العزيز الشخصي وعبد الغفار الدماطي (١٩٩٢) : *قاموس التربية الخاصة وتأهيل غير العاديين* ، القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية.

عبد الفتاح عبد المجيد الشريف (٢٠٠٧) : *التربية الخاصة في البيت والمدرسة* القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية.

عبد الله سكر (٢٠٠٥) : *الاضطرابات النفسية للأطفال* ، القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية.

عبد المجيد منصور وآخرون (٢٠٠٣) : *علم نفس الطفولة – الأسس النفسية والاجتماعية والهدي الإسلامي* ، القاهرة : دار الفكر العربي.

عبد المطلب أمين القريطي (١٩٩٥) : *مدخل إلى سيكولوجية رسوم الأطفال* ، القاهرة ، دار المعارف.

(١٩٩٦) : *سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة وتربيتهم* ، دار الفكر العربي القاهرة.

عبد المنعم الحفني (١٩٩٩) : *الكتاب الجامع في الاضطرابات النفسية وطرق علاجها نفسياً* ، ط٢ ، القاهرة ، مكتبة مدبولي.

عبلة حنفي عثمان (١٩٨٩) : *فنون أطفالنا* ، مكتبة النهضة العربية ، القاهرة.

عثمان لبيب فراج (١٩٩٤) : *إعاقة التوحد أو الاجترار خواصها و تشخيصها.* اتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين ، النشرة الدورية ، (ديسمبر) ، ع ٤٠ ، ٢ – ٨.

(٢٠٠٠) : *من إعاقات النمو الشاملة متلازمة ريت ، اتحاد رعاية الفئات الخاصة والمعوقين* ، العدد ٦٢ ، السنة السابعة عشر ، ص ص ٢ – ١٣.

(٢٠٠٢- أ) : *الإعاقات الذهنية في مرحلة الطفولة " تعريفها – تصنيفها – أعراضها – تشخيصها – أسبابها – التدخل العلاجي "*. المجلس العربي للطفولة والتنمية ، القاهرة.

(٢٠٠٢- ب) : *برامج التدخل العلاجي والتأهيلي لأطفال التوحد* (٥) ، النشرة الدورية لاتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين ، القاهرة ، العدد (٧٢) ٢ – ١٣.

(٢٠٠٣) *: العوامل المسببة لإعاقة التوحد* ، اتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين بجمهورية مصر العربية ، العدد ٧٣ ، السنة التاسعة عشر ، مارس ، ٢ – ٢٠.

عزة خليل عبد الفتاح (١٩٩٠) : *اللعب كأسلوب لحل بعض المشكلات – دراسة تجريبية على أطفال ما قبل المدرسة. رسالة ماجستير* ، معهد الدراسات العليا للطفولة ، جامعة عين شمس.

عزة محمد سليمان ممدوح (١٩٩٧) : *مدى فاعلية برنامج تدريبي في تنمية المهارات اللغوية لدى عينة من الأطفال المعاقين عقلياً من فئة القابلين للتعلم* ، *رسالة ماجستير غير منشورة* ، كلية التربية ، عين شمس.

عصام محمد زيدان (٢٠٠٤) : *الإنهاك النفسي لدى أباء وأمهات الأطفال التوحديين وعلاقته ببعض المتغيرات الشخصية والأسرية*. مجلة البحوث النفسية العدد (١) ، كلية التربية ، جامعة المنوفية.

عفاف أحمد فراج ، نهى مصطفى حسن (٢٠٠٤) : *الفن لذوي الاحتياجات الخاصة* ، القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية.

علاء الدين كفافي (٢٠٠١) *: تشخيص الاضطراب الاجتراري* ، مجلة علم النفس العدد ٥٩ ، السنة الخامسة عشر ، سبتمبر ، ٦ – ١٥.

عمر بن الخطاب خليل (١٩٩٤) : *خصائص أداء الأطفال المصابين بالتوحدية على استخبار أيزنك لشخصية الأطفال*. مجلة الحياة الطبيعية حق للمعوق ، القاهرة ، اتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين ، ع ٤٩ ، السنة الرابعة عشر.

(٢٠٠١) : *الأساليب الفعالة في علاج التوحد* ، مجلة معوقات الطفولة ، جامعة الأزهر ، العدد التاسع ، مايو ، ١٧ – ٦٦.

عوض بن مبارك سعد اليامي (٢٠٠١ - أ) : *علاج أطفال التوحد من خلال الفن التشكيلي* ، كلية التربية ، جامعة الملك سعود.

(٢٠٠١ - ب) : مفهوم *العلاج بالفن التشكيلي* ، كلية التربية ، جامعة الملك سعود.

(٢٠٠٤ - أ) : *الأشكال البصرية والعلاج النفسي : نحو علاج معرفي سلوكي بالفن التشكيلي*. مجلة علم النفس ، القاهرة ، الهيئة المصرية للكتاب ، ع ٤ ، السنة السابعة عشر.

(٢٠٠٤- ب) : *حلقات علاجية ، " التخيل الموجه "* ، مجلة التربية الفنية ، تصور عن الجمعية العربية السعودية للتربية الفنية ، العدد الرابع والخامس.

فاخر عاقل (١٩٨٥) : معجم *علم النفس* ، بيروت ، دار العلم للملايين.

فالنتينا وديع سلامة الصايغ (٢٠٠١) : *فاعلية الأنشطة الفنية في تخفيض حدة السلوك العدواني لدى الأطفال الصم في مرحلة الطفولة المتأخرة* ، *رسالة دكتوراه* جامعة حلوان ، كلية التربية الفنية.

فايزة إبراهيم عبد اللاه الجيزاوي (٢٠٠٨) : *فعالية برنامج سلوكي وبرنامج النشاط المصور في تنمية بعض التعبيرات الانفعالية لدى عينة من الأطفال التوحديين* ، *رسالة دكتوراه* ، كلية التربية ، جامعة كفرالشيخ.

فتحي السيد عبد الرحيم (١٩٩٠) : *سيكولوجية الأطفال غير العاديين* ط٤ ، ج٢ الكويت ، دار القلم.

فضيلة الراوي ، أيمن البلثة (١٩٩٩) : *التوحد* ، مجلة الحياة ، قطر ، العدد (١٣).

فضيلة توفيق الراوي ، وآمال صالح حماد (١٩٩٩) *: التوحد الإعاقة الغامضة* ، قطر : مؤسسة حسن على بن على.

فهد بن سليمان الفهيد (٢٠٠٧) : *دور العلاج بالفن التشكيلي في تأهيل إصابات ذوي العمود الفقري في مدينة الملك فهد الطبية. رسالة ماجستير* ، كلية التربية ، جامعة الملك سعود.

كريمان بدير (٢٠٠٤) : *الأطفال ذوو الاحتياجات الخاصة* ، القاهرة ، عالم الكتب.

كمال سالم سيسالم (٢٠٠٢) : *موسوعة التربية الخاصة والتأهيل النفسي* ، العين دار الكتاب الجامعي.

كوهين ، سايمون بولنن ، برتريكن (٢٠٠٠) *: حقائق عن التوحد* ، ترجمة (عبد الله إبراهيم الحمدان) ، الرياض ، أكاديمية التربية الخاصة.

لمياء عبد الحميد بيومي (٢٠٠٨) : *فاعلية برنامج تدريبي لتنمية بعض مهارات العناية بالذات لدى الأطفال التوحديين* ، *رسالة دكتوراه* ، كلية التربية ، العريش جامعة قناة السويس.

لورنا وينج (١٩٩٤) : *الأطفال التوحديين مرشد للآباء* (ترجمة هناء مسلم) ، الكويت : الجمعية الكويتية لرعاية المعاقين.

لويس كامل مليكه (١٩٩٠) : *دراسة الشخصية عن طريق الرسم*. ط٦. القاهرة مكتبة النهضة المصرية.

(١٩٩٨) : *الإعاقة العقلية والاضطرابات الارتقائية* ، القاهرة : مكتبة النهضة العربية.

ماجد السيد عمارة (٢٠٠٥) : *إعاقة التوحد بين التشخيص والتشخيص الفارق* ، القاهرة : مكتبة زهراء الشرق.

مجدي فتحي غزال (٢٠٠٧) : *فعالية برنامج تدريبي في تنمية المهارات الاجتماعية لدى عينة من أطفال التوحد* في مدينة عمان ، *رسالة دكتوراه* ، كلية الدراسات العليا ، الجامعة الأردنية.

محمد إبراهيم عبد الحميد (٢٠٠٣) : الطفل الذاتوي برنامج تنموي لبعض المهارات ، القاهرة ، دار الفكر العربي.

محمد أحمد خطاب (٢٠٠٥) : *سيكولوجية الطفل التوحدي ، تعريفها – تشخيصها – تصنيفها – أعراضها – أسبابها – التدخل العلاجي* ، عمان : دار الثقافة.

محمد السعيد أبو حلاوة (١٩٩٧) : *المرجع في اضطراب التوحد التشخيصي والعلاج* ، كلية التربية بدمنهور ، جامعة الإسكندرية.

(٢٠٠٦) : *سيكولوجية الأطفال غير العاديين* ، الإسكندرية ، دار المعرفة الجامعية.

محمد السيد عبد الرحمن (١٩٩٨) : *العلاج السلوكي الحديث أسسه وتطبيقاته* ، القاهرة ، دار قباء.

محمد بن أحمد بن عبد العزيز الفوزان (٢٠٠٠ - أ) : *التوحد المفهوم والتعليم والتدريب* ، الرياض ، دار عالم الكتب.

(٢٠٠٠ - ب) : *التوحد / المفهوم – التعليم التدريب ، مرشد إلى الوالدين والمهنيين*. الرياض : دار عالم الكتب للطباعة والنشر.

محمد جميل يوسف منصور (١٩٩٤) : مشكلات *الأطفال التوحديين* ، جدة ، مكتبة جرير.

محمد شوقي عبد المنعم عبد السلام (٢٠٠٤) : *فعالية برنامج إرشادي فردي لتنمية بعض مهارات التواصل اللغوي لدى عينة من الأطفال التوحديين (الأوتيزم)* ، *رسالة ماجستير* ، كلية التربية بكفرالشيخ ، جامعة طنطا.

محمد عبد المجيد فضل (٢٠٠٣) : *أبعاد معاصرة للتربية الفنية للفئات الخاصة في البيئات العربية والإسلامية* ، الرياض ، مركز البحوث التربوية ، كلية التربية جامعة الملك سعود.

محمد عز الدين (٢٠٠١) :" *التوحد*" مرض محير يهدد أطفال الخليج في مجلة نصف الدنيا ، العدد ٥٧٩ ، ١٨ مارس ، القاهرة : مؤسسة الأهرام ، ١٨ - ٢٠.

محمد على كامل مصطفى (١٩٩٨) : *من هم ذوي الأوتيزم* ، القاهرة ، مكتبة النهضة المصرية.

محمد قاسم عبد الله (٢٠٠١) *: الطفل التوحدي أو الذاتوي ، الانطواء حول الذات ومعالجته (اتجاهات حديثة*) ، عمان ، دار الفكر العربي للطباعة والنشر.

محمد كمال أبو الفتوح (٢٠٠٩) : *فعالية برنامج تدريبي في تحسين الكلام التلقائي لدى أطفال الأوتيزم وأثره على تواصلهم الاجتماعي. رسالة دكتوراه* ، كلية التربية ، جامعة بنها.

محمد محروس الشناوي (١٩٩٧) : *التخلف العقلي* ، القاهرة ، دار غريب للطباعة والنشر.

محمود عبد الرحمن حمودة (١٩٩١) : *النفس أسرارها وأمراضها* ، ط٢ ، القاهرة دار المعارف.

(١٩٩٨) : *الطفولة والمراهقة : المشكلات النفسية والعلاج* ، القاهرة ، بدون دار نشر.

مصطفى محمد عبد العزيز (١٩٩٧) : *التربية الفنية للفئات الخاصة* ، القاهرة ، الأنجلو المصرية.

منى خليفة حسن (٢٠٠١) : *فاعلية برنامج تدريبي تأهيلي للطفل التوحدي " دراسة حالة* " ، مجلة التربية ، جامعة الزقازيق ، العدد ٣٧ ، يناير ، ١٠٣ : ١٣٥.

مها أبو العز (٢٠٠٦) : *العلاج بالرسم أسلوب علاجي ناجح مع الأطفال* ، القاهرة مركز أسرتي مبدعة.

مي أنور محمد خليفة (٢٠١١) : فعالية برنامج للعلاج بالفن فى تخفيف المتلازمات الحركية واللفظية لدى عينة من الأطفال التوحديين رسالة ماجستير غير منشورة .

نادية إبراهيم أبو السعود (١٩٩٧) : *الاضطراب التوحدي لدى الأطفال وعلاقته بضغوط الوالدية* ، *رسالة ماجستير* ، معهد الدراسات العليا للطفولة ، جامعة عين شمس.

(٢٠٠٢) *: فعالية استخدام برنامج علاجي معرفي سلوكي في تنمية الانفعالات والعواطف لدى الأطفال المصابين بالتوحدية وآبائهم* ، *رسالة دكتوراه* ، معهد الدراسات العليا للطفولة ، جامعة عين شمس.

نهلة غندور (٢٠٠٠) : *كيف نواجه التعقيدات الملحة لدى الطفل التوحدي* ، الرياض ، مجلة عالم الإعاقة ، السنة الثالثة ، العدد (١٧)

هالة فؤاد كمال الدين (٢٠٠١) : *تصميم برنامج لتنمية السلوك الاجتماعي للأطفال المصابين بأعراض التوحد* ، *رسالة دكتوراه* ، معهد الدراسات العليا للطفولة ، جامعة عين شمس.

هدى أمين عبد العزيز (١٩٩٩) : *الدلالات التشخيصية للأطفال المصابين بالأوتيزم* ، *رسالة ماجستير* ، كلية الآداب ، قسم علم النفس ، جامعة عين شمس.

هشام عبد الرحمن الخولي (٢٠٠٤) *: فاعلية برنامج علاجي لتحسين حالة الأطفال ذوي الأوتيزم*. مجلة كلية التربية ، جامعة طنطا ، مج٢ ، ع٣٣ ، ص ص ٢٠٨ ــ ٢٣٨.

(٢٠٠٨) : *الأوتيزم ، الإيجابية الصامتة ، استراتيجيات لتحسين الأطفال الأوتيزم* ، بنها الجديدة ، دار المصطفى للطباعة.

وفاء على الشامي (٢٠٠٤) : *سمات التوحد تطورها وكيفية التعامل معها* ، جدة مركز جدة للتوحد.

وليام كرين (١٩٩٦) : *نظريات النمو مفاهيم وتطبيقات* ، ترجمة (محمد الأنصاري) ، الجمعية الكويتية لتقدم الطفولة العربية ، سلسلة الدراسات العلمية الموسمية المتخصصة.

يوسف القريوطي ، عبد العزيز السرطاوي ، جميل الصمادي (١٩٩٥) : *المدخل إلى التربية الخاصة* ، الإمارات ، دار القلم.

يوسف بشير ، يعقوب البهبهاني (٢٠٠٤) : *التوحد علاج الذاتوية بين الأمل والعون* ، عمان ، دار رؤى.

Aarons , M & Gittens , T**.** (1992) : The hand book of autism : *Aguide for panents and professionals*. Lorna wing , British library , London , 59 – 62.

Akshoomoff , N. (2006) : *Use of the Mullen scales of early learning for the assessment of young children with autism spectnim disorder*. child Neuropsychological , 12(1) , 69 – 277.

American Art therapy A association (2004): *News letter.*

American psychiatric Association (1994): *Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorder*, ed. DSM- IV Washington. D.C.A.P.R.

Anderson, F. (1994): *Art centered education and therapy for children with disabilities – Charles Thomas*. spring field. 111.

Apple , A. , Billingsley , F & Schwartz , (2005) *: Effects of video modeling along and self management on compliment* – giving behaviors of children with high functioning ASD.

Barley. A. & Rutter , M (1998) : *Assessing and intervening in the communication environment* , British journal of learning Disabilities , 26 ,(1)، 62 – 66.

Barry , T , Klinger , L , M. Lee , J , Palardy , N , Gilmore , T & Bodin , D (2003) : *Examining The Effectiveness of an outpatient clinic Based social skills Group for high* – functioning children with Autism. journal of Autism and Developmental Disorders , 33 (6) , 685 – 701.

Bass , J & Malick , J (2007) *: social play skill enhan cement of children with autism using pears and siblings*. as Therapists psychology in the schools , 44 (7) , 727 – 735.

Bauminger , N (2002) : *The facilitation of social emotional understanding and social interaction in high functioning children with autism* : intervention out comes. Journal of autism and developmental disorder 32 (4) , 283 – 298.

Bayron , J ,& Barron's. (1992) : *There's a boy in here*. New York : Simon & Schuster.

Biklen , D (2002) : *Communication unbound : autism and proxis* , Harvard educational review , (60) , 10 – 20.

Brill , M. (2001): *Keys to parenting the child with autism*, *second edition*, New York, Barron s educational series, Inc.

Bruno , F. (1992) : *The family encyclopedia of child psychology and development* , New York , John Wiley & sons , Ins.

Campbell , M , Kanfantaris , V , Malone , R, Kowalik , S & Locascio , J (1991) : *Diagnostic and assessment Issues related to pharmacology therapy for children and adolescents with autism*. Behavior Modification 15(3) , 326 – 354.

Cannon , N , L (2006) : *The effects of floor time on communication interaction behaviors between typically developing preschoolers and preschoolers with autism*. MD , Miami university , faculty of Miami university. Oxford, OH.

Caron , J. (1994) *: Male – female characteristics of fragile x syndrome* , http : // orders. Edrs. com. / members \ sp. efm ? AN = ED 376631.

Carpenter , M., Pennington , B & Rogers , S (2002) : *Interrelations among social – cognitive skills in young children with autism. journal of autism and developmental disorders* , 32 (2) , 91 – 106.

Case , Caroline and Dally , Tessa (1992) : *The hand book of Art therapy , London. Tavis to ck* \ Rout Ledge.

Coleman , M. Andrew **,** (2000) : *A Dictionary of psychology* , *Oxford's university press*.

Dawson , G , Toth , K , osteling , J , Estes , A & Liaw , J (2004) : *Early social attention impairments in autism* : social orienting , joint attention & attention to distress. Developmental psychology , 40 (2) , 271 – 283.

Dewey , M. (1991) : *Living with Asperger syndrome*. In U. Frith (ED) autism and Asperger syndrome. 184 – 206 Cambridge , UK : Cambridge university press.

Disanayake , C ,. Crosseley , &. (1997): *Autistic children, s responses to separation and reunion with their mothers* , journal of autism and developmental disorders , 27 , 295 – 312.

Dunlap. C. & Fox , S. (1999): *Teaching students with autism* New York, Kendal , Hunt.

Edelson , A. (1998) : *The autistic child in adolescence*. *American journal of psychiatry* , (1112) , 607 – 612.

Edgerton , C. L, (1994): *The effect of improvisational music therapy on the communicative behaviors of autistic children*. journal of music therapy , 31 , 31 – 62.

Eik esth , S. & smith T. (1997): *intensive behavioral treatment for preschoolers with severe mental retardation and PDD* , A , Journal. of mental retardation , 238 – 249 / 107 : 330.

Emery , Melindaj (2004) *: Art therapy as an intervention for autism. Art Therapy*. 24 (3). 143 – 147.

Escalona , A**.** (2001) *: Brief report : Improvements in the behavior of children with autism following massage therapy*. journal of autism and developmental disorders , 31n5 , 513 – 516 OCT. 2001.

Evans , K , & Rutten – Saris , M. (1998) *: shaping vitality Affects , enriching communication* : *Art therapy for children with autism (18) sandle* , D. development and diversity , New applications in Art therapy , free Associations books , New York.

Evans , K. R. (1997: *Art therapy and the development of communicative abilites in children with Autism* , Ph. D, Tthesis. University of Hertford shire , U. K.

Fluberg , H. (2001): *Autistic children's talk about psychological states*. Deficits in the early acquisition of theory , 63 (1) , 115 – 123.

Freeman B. J. (1986*): Evaluating Autistic children* , Journal of pediatric psychology , (1) 18 : 21.

Frith , U. (2003): *Autism Explaining the Enigma* , second edition , black well publishing.

Gabriels , Robin L (2003) : *Art therapy with children who have autism and their families MALOCHIDI* , Cathya. (ED). hand book of Art therapy. 193 – 206. New York. NY , us : Guiford press , XVSI , 64.

Gardener. James , M (1998): *Thoos who live with U sour brother* , journal of clinical child , psychology , Australia , 3 (1).

Gilleberg , C. (1992) : *The world congress International Association for the scientific* , study of Mental Deciclency 5th August , 389.

Goldstein , H , & Thieman , K (2000) *: Effects of visually mediated intervention on the social communication of children of pervasive* developmental disorders. special education *programs* (ED / OSERS). Washington , D. C.

Grela , B & Mclaughlim , K (2006) : *Focused stimulation for a child with Autism spectrum Disorder* : A Treatment study. journal of Autism and Developmental Disorders , 36(4) , 753 – 756.

Harold , L. & Benjamin**,** S. (1998): *synopsis of psychiatry behavioral sciences , clinical psychiatry* , 8TH ed , S. A : Library of congress.

Hartman , C., Lutejn , E , Serra , M & Minderaa , R (2006) : *Refinement of the children, s social Behavior Questionnaire* (CSBQ) : an Instrument that Describes the Diverse problems seen in Milder forms of PDD. journal of Autism and Development Disorders , 36 (3) , 235 – 242.

Henley , David R (2002) : *Blessings in disguise : Idiomatic expression as astimulus in group Art therapy with children*. Art therapy. 17 (4) , 270 – 275.

Hepburn , S & Stone , W (2006) : *Using carey temperament scales to assess Behavioral style in children with autism spectrum Disorders*. journal of Autism and Developmental disorders , 36(1) , 37 – 642.

Howie , paula .(2002) *: Releasing thapped images children grapple , with the reality of the September 11 Attacks* , presented at the AATA conference , 24، 244 –٢٢٢.

Howlin , P. (1998) : *Children with Autism and Asperger syndrome* : A Guide for practitioners and careers , New York , weinheim , John wiley and sons.

Ibnelkhtab , O. (1993) : *Characteristics of Autistic children parents* , journal of handicapped children , Azhar university , 2 , N. (1) , Mar , 333 – 349.

Ingersoll , B & Schreibman , L (2006) : *Teaching reciprocal Imitation skills to young children with Autism Using a Naturalistic behavioral approach* : effects on language , pretend play , and join Attention. journal of autism and developmental disorder , 36 (4) , 487 – 505.

Ivey , M., Heflin , L , & Alberto , p (2004) *: The use of social stories to promote independent behaviors in* novel events for children with PDD- NOS. focus on Autism and other Developmental Disabilities , 19 (3) , 164 – 176.

Jelven , M (2002) : *A play based treatment model for improving the social play development of children with autism spectrum disorder*. PHD , university of California.

Jones , Ruth (1998) : *The work of Ruth with children with autism has also been cited in Tacobs* , M , seeing and being seen in the experience of the client and therapies. the European Journal of psychotherapy , counseling and health v. 1. No. 2 , August ,. 213 – 230.

Kail , R , Nelson , R. (1993) : *Developmental psychology* , Fifth edition , New Jersey , prentice Hall , Englewood , Chiffs.

Kanareff – Rita – Lynn (2002) *: Utilizing group Art to enhance the social skills of children with autism and down syndrome*. 40 – 50 of dissertation Abstracts international. PAGE 1303.

Karnerick , Thelamz. & schimmel Bellaf. (1991): *The world's Attacked by great Big snow flakes* : Art therapy with an Autistic Boy , The American Journal of Art Therapy , 29.(1) 77 : 84.

Kozlowska , Kasia & Hanney Lesley (2001) *: An Art therapy group for children traumatized by parental violence and separation* , clinical child psychology and psychiatry , 6، (1).

Kramer , Edith : Art therapy with children. London , Paulelek books , 1td , 1973 , 82.

Land garten , B , Helen (1991) *: Chinical Art therapy* : A comprehensive guide , New York , Brunner , Mazel , publishers.

Le couteur , A ,. Bailey , A. Coode , S , Pickles , A **,** (1996) : A *Broader phenotype of Autism : The clinical spectrumin twins* , journal of child psychology & psychiatry & Allied disciplines ,. 37. (7). OCT. 785 – 801.

Longenecker , H. (2002): *Parent stress related to having a child with autism* : Impact of educational programming. PHD , faculty of fielding Graduate Institute.

Lorna wing , M. D. (2001) : *The autistic spectrum*. Berkeley – California : Ulyssespress.

Love , Steven , (1994) : *Recognition and production of facial Emotion by Autistic* Children Dissertation Abstracts Iinternational , 54 , 8 .

Macintosh , K & Dissamayake , C (2006) *: social skills and problem Behaviours in school Aged children with high – functioning Autism and Aspergers Disorder* – journal of autism and Developmental Disorders , 36 , 1065 – 1076.

Martin , Nicole (2008) *: Assessing portrait drawings created by children and adolescents with autism spectrum disorder*. Art therapy. 25 (1) , 15 – 23.

Michael , T. & Lwgia , D. (1997): *A comparison of the construal communication of human*. journal Human Development , (40) , 7 – 27.

Moreno , C. (1995) : *Understanding " El autismo* " : *A Qualitative study of parental interpretation of autism* , A Hispanic perspective, Dissertation Abstracts international , 56 , (9) , March.

Mori , S. (2001) : *The vole of the self – object experience in the therapy of an autistic child* : from lying flat to launching a spaceship. journal of child psychology 27 (2). 159 – 173. Taylor & Francis / Rout – Ledge , England.

Mossl , Deborah (1993) : *Art therapy for young children A Review of the research and literature California state* , university , long Beach , ED 695.

Myra J. (1999) *: Music therapy and language for the autistic Willamette university Salem , D vegan this paper came form the Ne*t , Http :// www. Autism. org / music html.

National Research council (2001) : *Educating children with Autism , the National Academy of sciences* , National academy press , Washington , DC.

Norris , C & Dattilo , J (1999) *: Evaluating effects of asocial story intervention on a young girl with autism*. focus on autism and other developmental disabilities , 14 (3) , 188. 186.

O' Riordan , M & passettl , F (2006) : *Discrimination in autism with in different sensory Modalities* , journal of Autism and Developmental Disorder's , 36 , 665 – 675.

Oster , Gould & could , D. patricia (1987) : *using Drawings in assessment and therapy* : A guide for mental health profession als / New York , Brunner \ Mazel.

Osterling , Jand Dawson , G. (1994) *: Early Recognition of children with Autism* , A study Birthday Home video Types , journal of Autism and Development Disorders , 24, (3) , 246 : 570.

Parmelee , D. X. & David , R. B. (1996) : *child and ado Lescens psychiatry*. New York : Mosby Year Book.

Parsons , S , & Mitchell , P (2002) *: The potential of virual reality in social skills tranining For people with autistic spectrum disorders*. journal of Intellectuall Disability Research , 46 (5) , 430 – 443.

Pearson , D , Love Land , K , Lachar , D , Lane , D , Red doch , S , Man sour , R & Cleveland. L (2006) : *A comparison of behavioral and emotional Functioning in children and adolescents with autistic disorder and PDD – NOS*. child Neuropsychology , (12) , 321 – 333.

Piggot , J , Known , H , Mobbs , D , Blasey , C , Lotspeigh , L , Menon , V , Book heimer , S & Reiss , A (2004) : *Emotional attribution in high functioning individuals with autistic spectrum disorders* : A functional imaging study. child Adolescent psychiatry , 43 (3) , 73 – 480.

Reavis , S (2003) : *social orienting as aconstract under lyingjong attention and imitation skills deficits in preschool children with autism*. MD, university of North Carolina.

Romano , J (2003) : *Are social stories effective in modifying behavior in children with autism* ? PHD. Fair Leigh Dickenson university.

Rosen han , D., Seligman , M , (1995) : *Abnormal psychology* , *Third edition* , New York , Norton & company.

Rubin (1988) : *The Art therapy* , New York , B runner \ Mazel.

Rubin , Judith (1987) *: Approaches to Art therapy theory and technique* , New York , Brummer / Mazel , pupu shers.

Rubin Judith (1984) : *Child Art therapy* , second Ed , New York , Van Nostrand Reinhold.

Ruble , L. A (2001) : *Analysis of social interactions asgoaldirected behaviors in children with autism.* journal of autism and developmental disorders , 31 (5) , 471 – 482.

Ruffman , T , Garnham , W & Rideout , P (2001) *: Social understanding in autism* : eye gaze as a measure of core insights child psychol , 41 (8) , 1083 – 1094.

Rutten – Saris , Marihke & Evans , Kathy (1999) : *Emerging interactive Art therapy* , paper in conference Autism 99 , U. K http : // www. autism 99 , org.

Scheuermann , B., webber , J. (2002) : *Autism teaching does make a difference Canada* , wadasworth – Thomson learning.

Schwartz , I. Iene – S (1999) : *Outcomes for children with autism :* Three case studies , topics in early childhood – special – education , Fat , 18 (3). 132 – 142.

Scott , J , Clark , C , Brady , M , (2000) : *Students with autism* , *California* , singular publishing group.

Sellers , J (2006) : *Extending functional analysis methodology to identify the function of peer related with drawn and peer related negative social behaviors for young children with autism spectrum disorders* , PHD , university of Florida.

Sellin , B. (1995) *: I don't want to be inside me anymore*. New York : Basic Books.

Siegel , B. (1996) : *The world of the Autistic child* , understanding and treating Autistic spectrum DIS cordons , New York , oxford university press , inc.

Siegel , Brany (1996) : *The Autistic children understanding and Treating Autistic spectrum Disorders Oxford university press .*

Silver , Henry , E. T (2006) : *Corrigendum to brief emotion training emotions children with autism* , pilot study psychiatry research. 129 (1) 147 – 154.

Silvermank , Wenay & Kearney A , Christo pher (1992) : *Listening to our clinical pattners in forming researchers about children's fear and phobi*as , journal of behavior therapy and experimental psychiatry , 23 (2)،166١٨٠،

Simons , J., Oishi , S , (1997) : *The Hidden child* , Lm wood children, s center , woodbine House.

Smith , A (2007) : *Effects of a clinic – Based conversation skills Group Training program on children with high functioning Autism /* Asperger syndrome. PHD , university of Cincinnati.

Stephens , L , Dieppa , M & Leblanc , B. (2006*): Erikson, s model of psychosocial development with autistic children and connections to evidence – based practices for no child left behind. paper presented* at the august meeting of the association of teacher educators , Philadelphia , PA.

Sue , D., Sue , D., Sue , S. (1994) *Understanding Abnormal Behavior , fourth Edition* , New York , Houghton Mifflin company.

Thaut , M. (1992) : *Music therapy with autistic children Inw*. Daris , K. Gfeller , & M. That (eds): Introduction to music Therapy: Theory and practice Dubuque. Indiana : William C. Brown publishers , 186 – 196.

Tong Breton , Bissell , P. (2004) : *Anew screening Questionnaire for the assessment of autism*. 9th word congress international Association for the scientific study of Mental Deficiency , 5th – 9th August , 17.

Towbin , K. (2003) : *Strategies For pharmacologic treatment of high functioning autism and asperger syndrome childhood adolescent psychiatric clinics of ivorth America* , 12 (l) : 23 – 45.

Travaglini , C (2001) : *The social inter action skills of a preschool child with autism in an inclusive setting. IMD* , California state university.

Trenpey Peier (1996) : *Apossible origin for the social and communicative deficits of autism focus on* autism *and developmental Disorders* , (11) , 2 – 13.

Tsai , L. Y (1992): *Diagnostic issues in high functioning autism* , Ine. schopler and G. B Mesibor (Eds). High functioning individuals with autism . 11 – 40 . New York. plenum press.

Tse , J , Strulovitch , J , Tagala Kis , V , Meng , L & Fombonne , E (2007) : *social skills Training for Adolescents with Asperger syndrome and high functioning Autism*. journal of Autism and Developmental Disorders , 37 ,(1)، 1960 – 1968.

Wadeson Harriet (1987) : *The Dynamic of Art psychotherapy* , New York , john wiley & sons ,Inc

Whalen , C., Schreibman , L & Ingersoll ,13 (2006) : *The collateral effects of joint attention training on social Initiations , positive affect , Imitation , and spontaneous speech for young children with Autism*. journal of Autism and Developmental Disorders , 36 ,(1)، 655 – 664.

Whelan , Margaret & walker , Neil (1999) : *Effective Teaching strategies and Essential Behavior prevention techniques* , paper in conference Autism 99 , came from the Net , http : // www. autism 99 /. org.

Williams , D**.** (1992): No body , nowhere , New York : Times Books.

Wolf , S. (2005) : *Psychiatric disorders of childhood in kendell* , R. E and zeally , A. K (EDS) companion to psychiatric studies , London disciplines , Oxford : pergamon press.

Yimya , Yimya , K. (1996) : *Emotional Expressiveness in children with Autism* , university Caplifornia , Medical school , Los Angeles , J. consult clinpsychool , (61) , (3) . 413 – 434.

Zonalli , K. & Degett , J. (1998): *The effects of rein for cement rate on The spontaneous* , social initiations of socially with Drown preschoolers. 17 – 25.